FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Année 1968 No 10

THESE

PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Viviane WYSOKI

née le 6 septembre 1941 à Marseille (Bouche du Rhônes)

Ancienne externe des Hôpitaux de Strasbourg

Le réveil des tentatives de suicide par ingestion de toxiques. Approche psychiatrique.

Président: Mr Th. KAMMERER, Professeur.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Année 1968 No 10

THESE

PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Viviane WYSOKI

née le 6 septembre 1941 à Marseille (Bouche du Rhônes)

Ancienne externe des Hôpitaux de Strasbourg

Le réveil des tentatives de suicide par ingestion de toxiques. Approche psychiatrique.

Président: Mr Th. KAMMERER, Professeur.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

https://archive.org/details/IA41553615_0028

FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

Doyen	MM. CLAVERT Jean
Doyens honoraires	CALLOT Jacques FONTAINE René
Assesseur	CALLOT Jacques

PROFESSEURS TITULAIRES

MM.	ARON Claude	Histologie
	BASSET André	Clinique Dermatologique
	BUCK Paul	Chirurgie Infantile
	CALLOT Jacques	Parasitologie
	CHAMBRON Jacques	Physique Biologique
	CHAUMONT André	Médecine Légale et Sociale
	CLAVERT Jean	Embryologie et Morphologie expérimentale
	FONTAINE René	Clinique Chirurgicale A
	GANDAR Robert	Clinique Gynécologique et Obstétricale 1
	GREINER Georges	Clinique Oto-Rhino-Laryngologique
	GROS Charles	Electro-Radiologie
	JUNG Adolphe	Chaire de Pathologie et Clinique Séméiologique Chirurgicales
	KAMMERER Théophile	Clinique Psychiatrique
	KAYSER Charles	Physiologie
	KLEIN Marc	Biologie Médicale
	KORITKE Jean-Georges	Anatomie Normale
	LE GAL Yvon	Anatomie Pathologique
	MANDEL Paul	Chimie Biologique
	METZ Bernard	Physiologie Appliquée
	METZGER Henri	Thérapeutique
	MINCK Raymond	Chaire de Bactériologie, Virologie et Immunologie Générale
	MULLER Pierre	Clinique Gynécologique et Obstétricale 2
	NORDMANN Jean	Clinique Ophtalmologique
	OUDET Pierre	Pneumo-Phtisiologie
	SACREZ Robert	Pédiatrie et Puériculture
	SCHWARTZ Jean	Pharmacologie et Médecine expérimentale
	STAHL Jules	Clinique Médicale B
	STEPHAN Frédéric	Pathologie expérimentale
	THIEBAUT François	Clinique Neurologique
	VEDRINE Jean	Stomatologie
	WAITZ Robert	Hématologie
	WARTER Julien	Clinique Médicale A
	WEISS Alfred	Clinique Chirurgicale B
	N...	Hydrologie
	N...	Hygiène

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

MM.	BRONNER Albert	Clinique Ophtalmologique
	KARLI Pierre	Biologie Médicale
	MARESCAUX Jean	Histologie
	MARX Charles	Physiologie
	MAYER Georges	Hématologie
	ROHMER Francis	Clinique Neurologique
	SEROR Joseph	Pathologie Chirurgicale
	WINCKLER Georges	Anatomie

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM.	BATZENSCHLAGER André	Anatomie Pathologique
	BOLLACK Claude	Clinique Chirurgicale A
	BURGHARD Guy	Pneumo-Phtisiologie
	DORNER Marc	Clinique Médicale B
	KIRN André	Hygiène
	LAVILLAUREIX Jean	Bactériologie
	MANTZ Jean-Marie	Clinique Médicale A
	MARCOUX François	Médecine Légale
	WITZ Jean-Paul	Clinique Chirurgicale B

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

MM.	ADLOFF Michel	Clinique Chirurgicale B
	APROSIO Norbert	Anatomie
	ASCH Léopold	Clinique Médicale A
	BLOCH Roger	Pharmacologie
	BOCKEL René	Clinique Médicale B
	BRINI Alfred	Clinique Ophtalmologique
	CHAMBON Pierre	Chimie Biologique
	EBTINGER René	Clinique Psychiatrique
	FINCKER Louis	Clinique Médicale B
	GAUTHIER-LAFAYE Pierre	Département d'Anesthésiologie
	GRENIER Jacques	Clinique Chirurgicale B
	HERAN Jacques	Pathologie expérimentale
	ISCH François	Clinique Neurologique
	ISRAEL Lucien	Clinique Psychiatrique
	JAHN Henri	Clinique Médicale B
	JUIF Jean	Pédiatrie et Puériculture
	KEILING Roger	Electro-Radiologie
	KELLER Bernard	Gynécologie et Obstétrique 2 (Maternité)
	KEMPF François	Electro-Radiologie (Clinique Médicale A)
	KEMPF Ivan	Pathologie Chirurgicale (Centre de Traumatologie)
	KIENY René	Clinique Chirurgicale A

MM.	KREMER Michel	Parasitologie
	LANG Gabriel	Hôpital Orthopédique Stéphanie
	LEVY Jean-Marc	Pédiatrie et Puériculture
	MALEVILLE Jean	Clinique Dermatologique
	MAURER Charles	Clinique Médicale B
	Mme MAYER Simone	Hématologie
	PHILIPPE Emile	Anatomie Pathologique
	ROEGEL Emile	Pneumo- Ptisiologie
	ROHMER Albert	Institut de Puériculture
	SACREZ André	Clinique Médicale A
	SCHAFF Georges	Physiologie
	SCHNEEGANS Ernest	Pédiatrie et Puériculture
	SCHVINGT Eugène	Clinique Chirurgicale B
	SIBILLY Abel	Clinique Chirurgicale A
	VERGNES René	Physique Biologique
	VINCENDON Guy	Chimie Biologique
	VOEGTLIN Raymond	Clinique Médicale A
	WACKENHEIM Auguste	Electro-Radiologie (Clinique Neurologique)
	WALTER Jean-Pierre	Electro-Radiologie
	WARTER Pierre	Electro-Radiologie (Clinique Chirurgicale A)
	WEILL Jean-Pierre	Clinique Médicale A
	WILLARD Daniel	Pédiatrie et Puériculture

PROFESSEUR ASSOCIE

M. PHILIPPIDES Demètre — Clinique Neurologique

A G R E G E S

MM.	CHAMPY Maxime	Stomatologie
	FRANK Robert	Stomatologie
	KLOTZ Gilbert	O. R. L.
	MEHL Jacques	Médecine Légale

AGREGES LIBRES

MM.	BEYER Paul	MM.	KUHLMANN Daniel
	FORSTER Emile		KUNTZMANN Jean
	HOLLENDER Louis		MULLER Jean-Nicolas

DIRECTEUR DE L'INSTITUT DENTAIRE

M. le Professeur VEDRINE Jean

CHARGES D'UN COURS D'ENSEIGNEMENT COMPLEMENTAIRE

MM. MOISE
SINGER
TISSIER

SECRETAIRE PRINCIPAL DE LA FACULTE DE MEDECINE

M. KIEHL Gilbert

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ARON Max
BURGER Paul
BENOIT Jacques
ROEDERER Jean
MM. ROHMER Paul
SCHMID Frédéric
THIODET Jean
VINTEMBERGER Pierre

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ni les approuver, ni les improuver.

S E R M E N T D ' H I P P O C R A T E

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs, ni à favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

A MES PARENTS

A MON FRERE

A MON COUSIN FRANCIS HOFSTEIN

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

AUX MAITRES QUI NOUS ONT FAIT L'HONNEUR DE CONSTITUER
NOTRE JURY DE THESE

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR KAMMERER

Qui a accepté de nous confier ce travail.

En témoignage de notre reconnaissance et de notre profonde gratitude pour la bienveillance de son accueil et pour les conditions exceptionnelles de travail dont il nous a fait bénéficier.

La qualité de son enseignement, sa compréhension du malade ont été précieuses pour notre formation psychiatrique.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE ISRAEL

Qui a dirigé notre thèse.

Nous n'oublierons pas la bonté avec laquelle il nous a conseillée et guidée dans l'élaboration de ce travail.

Son influence, la richesse et la variété de son enseignement ont été déterminantes dans notre vocation.

Son contact est pour nous la source de remises en question fécondes. A son exemple, nous devons l'amour du métier qui va être le nôtre.

Qu'il trouve ici l'expression de notre profond respect.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE EBTINGER

A notre admiration pour son érudition, nous joignons notre reconnaissance et notre profonde gratitude pour nous avoir acceptée dans ses groupes de travail.

Il a su éveiller en nous un intérêt pour les adolescents.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR A REGE MANTZ

Nous lui sommes redevable de la partie médicale de notre thèse.

Pendant toute la durée de ce travail, il a mis à notre disposition son service et sa patience.

En témoignage de respect et de reconnaissance pour l'intérêt constant et l'amicale sympathie qu'il nous a toujours accordée.

A NOS MAITRES DE LA CLINIQUE PSYCHIATRIQUE

A MONSIEUR LE DOCTEUR L. SINGER
MEDECIN DES HOPITAUX

Il a guidé avec bienveillance nos premiers pas en Psychiatrie. La clareté de son enseignement nous a permis d'acquérir les fondements de ce qui fera notre pratique quotidienne.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. P. SICHEL
ASSISTANT-CHEF DE CLINIQUE

Il nous a inspiré le sujet de notre thèse.

Ses conseils nous furent précieux dans la genèse de ce travail.

Qu'il soit ici profondément remercié pour l'aide de tous les instants qu'il nous a apportée. Son amitié nous est chère.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. J. KRESS

Nous déplorons la brièveté de notre séjour dans son service.

En reconnaissance de la constante amitié qu'il nous a toujours accordée.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. C. DEPOUTOT

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. HESSE

Qui ont accepté de guider nos premiers pas dans l'art de la psychothérapie.

A MONSIEUR LE DOCTEUR M. RITTER

Il nous a initiée à la pratique de l'hypnose et à ses applications cliniques.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. P. JACQUOT

AUX DOCTEURS BAER ET GURFEIN

pour la gentillesse de leur accueil.

A l'équipe du Laboratoire de Psychologie et notamment

A MONSIEUR LE DOCTEUR DURAND DE BOUSSINGEN

qui nous a enseigné le Training Autogène.

A MADEMOISELLE M. WERNERT

Elle nous a apporté son concours avec une patience et une amitié constante, qu'elle en soit ici vivement remerciée.

A TOUS MES CAMARADES DE TRAVAIL, INTERNES, ATTACHES ET STAGIAIRES DU C. E. S.

pour leur amicale collaboration.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. D. TEMPE

AUX INTERNES

ET A TOUTE L'EQUIPE MEDICALE DU PAVILLON PASTEUR

Nous les remercions pour leur
collaboration et pour l'accueil
qu'ils nous ont réservé.

I N T R O D U C T I O N

Le présent travail a pour but l'étude des tentatives de suicide par ingestion de substances toxiques à doses suffisantes pour provoquer une dissolution de la conscience avec un coma de quelques heures. Les observations, au sortir du coma, ont été recueillies au Pavillon Pasteur, service de Réanimation, puis poursuivies à la Clinique Psychiatrique.

Il s'inscrit dans le cadre des recherches effectuées sur les "réveils", que ce soit après un traitement par électrochocs, au décours d'un coma insulinique ou au cours d'une hypno-analyse.

L'un des buts poursuivis dans ces divers travaux était de confirmer l'hypothèse de départ, selon laquelle, le changement de phase que constituait le "réveil", permettait une action thérapeutique immédiate.

Dans cette même optique, se situe le cas publié par ISRAEL et DOREY, de coma post-traumatique, où, dès le réveil, le malade révélait par son angoisse et ses réactions de défense, la structure de ses relations avec "les autres".

A l'expérience de ces divers auteurs, se rattache l'importance accordée actuellement et en liaison de l'augmentation considérable des suicides graves (la tentative de suicide "n'étant en fait qu'un suicide raté, quelle que soit la raison de cet échec" SCHNEIDER), que ce travail trouve un regain d'intérêt.

L'ambition de cette étude n'est pas de traiter de l'ensemble du problème du suicide et ne doit avoir aucune dimension statistique.

Il s'agissait essentiellement de tenter une première approche du vécu du réveil des suicidants, terme employé par P. B. SCHNEIDER pour désigner les personnes ayant tenté de se suicider, en opposition aux suicidés, "seuls morts par suicide".

L'observation de ces réveils est devenue possible par la création de services de réanimation modernes, sans lesquels, autrefois, bon nombre de ces tentatives graves, aboutissaient à la mort.

L'étroite coopération existant entre le service de Réanimation et la Clinique Psychiatrique, nous a permis de participer aux réveils des suicidants, et d'élaborer ce travail, avec pour point de départ l'hypothèse suivante : le suicide est un passage à l'acte, et, comme tel, un moment de l'existence qui échappe au discours, escamotant le sens d'une solution à une situation conflictuelle ; par l'étude du réveil, on peut espérer saisir en paroles un peu de la signification du passage à l'acte, pendant un bref moment où les mécanismes de défense n'ont pas encore repris leurs droits.

LES THEORIES SUR LE SUICIDE

Nous ne parlerons pas des diverses doctrines élaborées sur le problème du suicide, mais citerons pour mémoire les opinions les plus importantes exprimées depuis 50 ans environ.

A la fin du siècle dernier, E. DURKHEIM et son école, élaborèrent en France une "doctrine sociologique" du suicide.

Les deux grands arguments de la thèse sociologique sont la solidarité du phénomène suicide et des faits sociaux et les épidémies de suicides.

DURKHEIM, cherchant à différencier le suicide de l'accident, l'assimile tout d'abord au sacrifice et donne la définition suivante : "toute mort qui résulte immédiatement ou médiatement d'un acte positif ou négatif accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat".

S'appuyant sur des données statistiques, il rattache les conditions qui provoquent ce taux social des suicides, à deux caractères fondamentaux de la vie collective : d'une part, l'intégration des membres de la société en un tout, d'autre part, l'action régulatrice que la société exerce sur les sentiments et la conduite de ses membres. Le suicide varie donc en raison inverse du degré d'intégration des groupes sociaux dont fait partie l'individu.

Il distingue ainsi trois groupes de suicides :

- Le suicide qu'il appelle "égoïste" parce que cette intégration dégage l'individu de la vie sociale et le pousse à mettre sa propre personnalité au-dessus de la personnalité collective. Le lien qui rattache l'individu à la société se défait-il et du même coup se détend celui qui le rattache à la vie.

- Le suicide "altruiste", qui apparaît comme un devoir dans les sociétés comme les sociétés primitives, où l'intégration est poussée à l'extrême, et où l'individu se sacrifie à des fins sociales. "Dans les sociétés modernes, dit DURKHEIM, l'armée est le groupe social qui rappelle le mieux la structure des sociétés inférieures. C'est pourquoi le soldat se tue plus que le civil".

- Le suicide "anomique", qui se rencontre surtout dans les milieux industriels et commerciaux. La société freine l'activité et règle les sentiments et les désirs des individus. Lorsque des transformations trop brutales viennent contrarier l'action régulatrice de la société, des individus déclassés ou surclassés ne se trouvent plus au niveau où la société les avait placés. Il se crée un "état d'anomie" qui engendre un esprit de rebellion contre la discipline collective et par suite, ce troisième type de suicide.

Chaque suicide possède son empreinte personnelle mais ces particularités individuelles ne font que prêter leurs couleurs propres à des actes qui ont ailleurs leur raison. "C'est la constitution morale de la société, souligne

DURKHEIM, qui fixe à chaque instant le contingent des morts volontaires. Il existe donc, pour chaque peuple, une force collective d'une énergie déterminée qui pousse les hommes à se tuer". Le suicide est donc un fait social, normal et inévitable qui montre la nécessité d'un renforcement de l'intégration et de la réglementation sociale.

Plus récemment, HALBWACHS en 1930, a cherché par de nouvelles statistiques à rectifier et à compléter les résultats de DURKHEIM.

Devant l'augmentation du taux des suicides, il conclut que l'élément essentiel qui influe sur le taux des suicides, est le genre de vie.

Le genre de vie, le type de civilisation, peut se ramener au nombre d'occasions qu'il fournit aux individus d'entrer en rapport entre eux. Ces rapports, quelle que soit leur nature, sont tous susceptibles de provoquer des suicides, et à une augmentation du nombre des occasions de contacts sociaux correspond une augmentation du nombre des occasions de suicide. Tout suicide se produit dans des circonstances concrètes qui le motivent aux yeux de l'intéressé. Si l'on multiplie les contacts d'un individu avec son entourage, on multiplie en même temps ses chances de se rencontrer dans des situations susceptibles de susciter dans sa conscience des motifs individuels de se donner la mort. Mais ces motifs, individuels en apparence "ne sont, dit HALBWACHS, qu'un aspect et qu'un effet de la structure et du genre de vie du groupe".

Par ailleurs, il "importe peu au sociologue de savoir que le suicide est ou n'est pas d'origine pathologique

puisqu'en définitive, il est toujours d'origine sociale".

La thèse psychiatrique du suicide s'inscrit en faux contre ces assertions.

ESQUIROL écrit "Je crois avoir démontré que l'homme n'attente à ses jours que lorsqu'il est dans le délire et que les suicides sont aliénés".

Pour A. DELMAS, il faut distinguer les "pseudo-suicides" des "véritables suicides". Il faut compter comme faux suicides, les morts accidentelles où l'homme se donne la mort par erreur ; les réactions suicidaires confuso-démentielles ; les suicides "par contrainte" : le sacrifice imposé aux esclaves, l'holocauste requis par la divinité. Pseudo-suicide de même, l'acte de se donner la mort pour échapper à la douleur et aux tortures ; faux suicide enfin, le suicide "éthique"... Il ne reste donc comme "suicide vrai" que celui qui est l'acte de désirer la mort pour la mort et A. DELMAS parvient à cette définition : "Le suicide est l'acte par lequel se donne la mort tout homme qui pouvant choisir de vivre, choisit cependant de mourir en dehors de toute obligation éthique". Or ce suicide-là lui paraît être toujours le fait de mélancoliques en état de crise ou de malades atteints de dépression constitutionnelle, ou d'hyperémotifs en proie à des crises paroxystiques d'anxiété. Aussi, A. DELMAS, rabaisse-t-il au rang des légendes, les gestes "légendairement" héroïques, le suicide philosophique comme la fréquence des suicides chez les Japonais qui se font "Hara-Kiri".

Ch. BLONDEL a cherché de son côté à concilier les thèses sociologiques et psychiatriques :

- la thèse sociologique considère la composante sociale incluse dans le principe de détermination même du suicide, dans sa motivation.

- La thèse psychiatrique met l'accent sur les mobiles affectivo-instinctifs qui conduisent l'individu à cette situation sociale dans laquelle se résume toute situation vitale. "Pas plus, écrit-il, la sociologie n'a le droit d'exclure les facteurs pathologiques dont l'importance est primordiale pour un grand nombre de suicides, pas plus la thèse psychiatrique ne peut ignorer les facteurs sociaux qui peuvent aussi le déterminer".

G. DESHAIES examinant à son tour la question, affirme que l'aspect social du suicide que personne ne saurait nier, n'équivaut pas à un facteur étiologique nécessaire. Le suicide est un comportement socialisé comme toute conduite humaine, mais la société est un moule et non point une matrice. Il conclut en déclarant : "en face du suicidant, le médecin ne doit pas être sûr à l'avance qu'il s'agit d'un psychopathe" et il insiste essentiellement sur la rareté d'un déterminisme unique.

Pour H. EY, la question qui se pose est la suivante : "ou le suicide est "sociogénique" et il est normal, ou il ne l'est pas, et il est "pathologique". Cependant, écrit-il, il est aussi faux et absurde de dire que tous les suicides sont "sociogéniques" que de dire que tous les suicides sont "pathologiques". Mais qu'il soit normal ou pathologique, il

répond à un besoin spécifique de l'homme, celui qui le pousse à se détruire... à consentir non plus à la vie mais à la mort".

La dialectique de l'instinct de vie et de l'instinct de mort constitue la racine de tous les suicides.

"Une autre ambiguité dit-il, est encore enveloppée dans l'idée de suicide, c'est celle de la profonde liaison qui unit le désir de sa propre mort au désir de la mort d'autrui".

Toutes les études psychanalytiques du suicide, dont celles de FRIEDMANN (Revue Française de Psychanalyse 1935), de A. GARMA notamment, "sont presque entièrement conduites en fonction de la relation qui unit la pulsion autoagressive et la tendance hétéroagressive, selon la phrase de STEKEL "Personne ne se suicide qui n'ait désiré la mort de quelqu'un".

Ainsi, c'est dans les profondeurs de l'inconscient que doit être recherchée l'instance suicide. Sous les mécanismes conscients du suicide, il y a un substratum plus profond, vraiment "vital" de la propulsion au suicide (H.EY). Le désir de mourir peut se présenter comme un devoir comme une solution, avoir un sens reconnu et codifié par la loi, tel le Hara-Kiri si "légendaire" aux yeux d'A. DELMAS, ("privilèges" cependant des seuls samouraïs), mais la réaction suicide peut être déterminée par une infrastructure plus profonde.

"L'appareil pulsionnel et tous les ressorts de l'angoisse connus depuis FREUD, permettent d'admettre que les injonctions sinon les décrets de la "Justice" inconsciente du

"Sur-Moi" ne sont autres que les sentences de mort, selon la loi du Talion : la mort est toujours requise pour la mort désirée" (H. EY).

Ce bref rappel des doctrines explicatives du comportement suicidaire, n'avait pour but que de montrer la diversité des points de vue auxquels on peut se placer pour étudier le même phénomène, et non point de prendre partie pour l'une ou l'autre d'entre elles.

Les nombreuses statistiques publiées montrent l'importance prise par les substances toxiques parmi les moyens de suicide.

Il n'est pas douteux qu'une certaine "mode" (et quand on suit la mode pour vivre que ne la suivrait-on pour mourir ?) jointe à l'emploi largement diffusé de drogues psychotropes interviennent dans ce choix singulier.

Quelles que soient les raisons de ce procédé de suicide (nous y reviendrons ultérieurement) et pour que l'observation d'un réveil soit possible, il faut qu'il y ait eu interruption du scénario prévu, puis intervention médicale réanimatrice.

L'admission préférentielle des suicidants au Pavillon de Réanimation est imposée par la qualité et la spécialisation extrême de ce service.

L' E N T R E T I E N

Après avoir abordé brièvement, les divers moyens dont disposent les médecins pour réanimer les comas par toxiques, nous préciserons les circonstances qui ont présidé au premier entretien avec le psychiatre et les conditions dans lesquelles s'est déroulé ce colloque singulier.

Nous exposerons ensuite, en détail, les onze observations qui ont servi de support matériel à cette thèse, tentant à chaque fois une approche diagnostique et psychopathologique.

En troisième partie, nous tenterons de faire le bilan synthétique de ces onze réveils et enfin une approche psychanalytique du passage à l'acte à propos d'un texte freudien.

LA REANIMATION MEDICALE

REMARQUES GENERALES CONCERNANT CES INTOXICATIONS

Ces onze malades avaient absorbé des doses relativement importantes de toxiques variés. Le tableau ci-joint indique le détail des drogues et des doses.

Ces observations peuvent être réparties en cinq groupes :

1) BARBITURIQUES A ACTION BREVE et à dégradation hépatique prédominante, type IMMENOCTAL. Leur absorption rapide expose à de graves complications respiratoires, circulatoires, thermiques (observations 5, 10).

2) BARBITURIQUES A ACTION LENTE et à élimination rénale prédominante, type GARDENAL. Ces médicaments ont tendance à provoquer une perte de conscience prolongée (observation 9).

3) ASSOCIATION DES DEUX TYPES DE BARBITURIQUES : l'un rapide, l'autre lent, type BINOCTAL (sécobarbital à action rapide et amobarbital à action lente). Ces associations cumulent les risques des deux groupes précédents (observation 7).

4) ASSOCIATIONS DIVERSES COMPORTANT GENERALEMENT BARBITURIQUES ET TRANQUILISANTS, ces médicaments potentialisant mutuellement leurs effets (observations 1, 6, 11).

5) MEDICAMENTS DIVERS POUVANT COMPORTER DES RISQUES PARTICULIERS : risque de collapsus circulatoire avec les tranquilisants, risque de spsme de la glotte avec le Doridène (Observations 2, 3, 4).

La profondeur du coma appréciée sur des critères cliniques, électro-encéphalographiques et biologiques a, dans la plupart des cas, été sévère (stades III, IV). La durée du coma a oscillé entre 24 heures et 7 jours.

			artificielle	ALCALINE		COMA	COMA
Annelyse G. 23 ans	80 cp Librium 20 cp Binoctal	72 H +	+ 71 H	+	+	72 H	IV
Georges B. 60 ans	20 cp Doridène	-	-	+	-	50 H	III
Marie S. 19 ans	28 cp Mépronizine	-	-	+	-	30 H	I
Jeanne W. 24 ans	20 cp Procalmadiol	24 H +	+	+	+	24 H	III
Viviane D. 20 ans	15 cp Imménoctal	27 H +	+	+	+	27 H	III
Marcelle D 17 ans	50 cp Procalmadiol 20 cp Sévinol 30 cp Celestène 8 cp Imménoctal	6 J +	+	+	+	7 J	IV
Hervé R. 13 ans	20 cp Binoctal	60 H +	+	+	+	60 H	III
Daniel H. 17 ans	34 cp Optalidon	-	-	+			
Patricia J. 15 ans	20 cp Gardénal0,I0 qq cp Phénobarb. Ethaphyline Phéno papavérine - qq cp Vicéine - Celestamine	-	-	-	-	48 H	Coma vigil
Alain B. 18 ans	20 cp Imménoctal	32 H +	+	+	+	45 H	IV
Solange S. 1[illegible] ans	I0 cp Imménoctal	-	-	+	-	64 H	III

T R A I T E M E N T

Tout d'abord deux remarques méritent d'être formulées :

1) AUCUN DE CES MALADES N'A ETE TRAITE PAR LES SOI-DISANTS ANTIDOTES que sont les analeptiques centraux. La strychine, les amphétamines, la picrotoxine, le cardiazol, le bémégride ne sont pas des antidotes vrais ; ils surajoutent une intoxication à l'intoxication initiale, augmentent la consommation cérébrale d'oxygène, exposent aux convulsions. Ils n'ont plus leur place dans le traitement des intoxications médicamenteuses.

2) AUCUN DE CES MALADES N'A SUBI DE LAVAGE GASTRIQUE en raison de la longueur des délais écoulés entre l'absorption du toxique et l'admission au service ou en raison de la profondeur du coma. Le lavage d'estomac est, en effet, formellement contre-indiqué chez un sujet comateux en raison du risque d'inondation trachéale.

Le traitement appliqué à ces onze malades s'inspire essentiellement des principes généraux du traitement des intoxications médicamenteuses, principes actuellement bien codifiés et appliqués depuis plusieurs années au service de réanimation Pasteur. Ce traitement a comporté un double aspect :

A) <u>Un aspect symptomatique</u> : dès l'admission les grandes fonctions vitales ont été surveillées et protégées

avec la plus grande vigilance. Deux d'entre elles ont fait l'objet d'une attention toute particulière : la fonction respiratoire et la fonction circulatoire.

La respiration : les malades ont été placés en position horizontale, voire déclive, les sécrétions bronchiques ont été régulièrement éliminées par aspiration pharyngée, la mise en place d'une canule de Mayo évitant la chute de la langue en arrière. En cas de coma profond avec encombrement trachéal ou bronchique, dépression respiratoire ou atélectasie pulmonaire, on a eu recours (chez 6 de ces 11 malades) à l'intubation trachéale complétée par la respiration artificielle endotrachéale par appareil d'Engstroem ou Draeger. La lubrification correcte de la sonde d'intubation, le dégonflage périodique du ballonnet permettent une bonne tolérance de l'intubation qui chez une malade (observation 6) a pu être laissée en place 6 jours sans inconvénient, évitant ainsi la trachéotomie.

L'équilibre circulatoire de ces malades a été surveillé de façon continue par la prise répétée de la tension artérielle et de la pression veineuse. Dans tous les cas, on s'est assuré une voie veineuse accessible par la mise en place d'un catheter veineux percutané. Tout collapsus circulatoire a été corrigé par les amines pressives (néosynéphrine, métaraminol), des transfusions sanguines ou une corticothérapie surrénalienne énergique.

En outre, ces malades ont bénéficié du nursing habituel des grands malades : l'hypothermie fréquente a été corrigée, la diurèse horaire étroitement surveillée, les téguments régulièrement frictionnés en vue de prévenir

l'apparition d'escarres. Chez quelques malades, enfin, la longue durée du coma nous a amenée à entreprendre jusqu'au réveil une alimentation par sonde gastrique.

B) Un aspect épurateur : c'est essentiellement l'émonctoire rénal qui est sollicité. L'épuration rénale a comporté un double aspect :

La polyurie provoquée : la relation linéaire qui existe entre le flux urinaire et la clearance rénale de la plupart des toxiques, rend légitime la cure de diurèse osmotique. On a eu recours essentiellement aux perfusions de soluté de glucose à 5 ou 10 % ou de mannitol à 10 %. Ces malades ont eu une diurèse moyenne de 4 L/24 h.

L'alcalinisation plasmatique et urinaire a été spécialement appliquée au traitement des intoxications barbituriques sévères. On sait en effet, depuis les travaux de WADDEL et BUTTLER aux Etats-Unis, de MOLLARET et MONSALLIER en France, que l'alcalinisation du plasma et des urines favorise l'extrusion cellulaire du barbiturique et son élimination rénale, en augmentant son ionisation.

L'alcalinisation a été réalisée soit par des perfusions de Bicarbonate de Soude à 14/1000 soit par des perfusions de THAM, soit encore chez des malades intubés et ventilés artificiellement, par une hyperventilation instrumentale génératrice d'alcalose gazeuse.

En pratique, ces malades ont reçu en moyenne, 4 L/24 h, par fractions alternées, de solutés de glucose, bicarbonate de soude, mannitol et Tham.

Chez aucun de ces malades, la mise en oeuvre des méthodes d'épuration extra-rénale n'a été nécessaire.

La durée moyenne de la période comateuse a été de 2 jours 1/2. Tous ces malades ont guéri sans séquelles.

PREMIERE INTERVENTION DU PSYCHIATRE

1) Circonstances :

En raison de l'impossibilité matérielle d'assurer une présence psychiatrique constante en Réanimation, il était convenu avec les médecins du service, qu'ils nous avertiraient régulièrement de l'admission et de l'imminence du "réveil" du suicidant.

Les quelques obstacles rencontrés à ce stade ont été une succession"d'actes manqués"qui avaient le téléphone pour support, moyen de communication le plus rapide entre le Pavillon de Réanimation et la Clinique Psychiatrique. Les plus fréquents étaient des oublis de transmettre l'appel, les erreurs de chiffrage du numéro téléphonique, l'impossibilité de trouver le médecin demandé alors même qu'il était présent ; l'oubli systématique de la part du personnel infirmier du Pavillon, du nom du psychiatre entraînant le refus de communiquer tous renseignements quand nous prenions l'initiative de téléphoner.

2) Définition du réveil :

Si nous accordons quelque importance à ces faits, ce n'est pas dans un but critique, mais parce qu'il était indispensable de saisir à temps ce moment très court que constitue le réveil.

Il ne s'agit pas de la phase initiale d'émergence du coma où le malade répond par des grognements et des mouvements inadaptés aux sollicitations nociceptives plus ou moins intempestives (invigorations ou pincements). Un entretien même sommaire, à ce stade,ne permettrait d'obtenir que

des sons inarticulés et des bredouillements indistincts.

Mais il était indispensable pour nous d'être prévenue dès le réveil "clinique" du suicidant pour saisir la période confusionnelle rapidement résolutive, qui fait suite à tout coma, afin d'assister au processus de restructuration de la conscience. Nous considérions en effet que le malade était "réveillé" lorsque, à une prise de contact purement verbale, il lui était possible de nous répondre de façon cohérente et sur le même mode.

Lorsque toutes les conditions étaient remplies, les obstacles aplanis, la première prise de contact avait lieu sur place, au Pavillon de Réanimation.

LE PREMIER ENTRETIEN :

- Le cadre :

Ce premier entretien ne peut en aucun cas être comparé à un examen psychiatrique classique.

Le malade en coma exige des soins continus et une surveillance de tous les instants.

Ce principe, adopté par l'équipe médicale de Réanimation, est difficilement compatible avec le colloque singulier tel que l'exige le psychiatre.

Nous avons exclu de la description qui va suivre toutes considérations projectives.

Le malade se trouve habituellement seul dans la salle d'intervention du Pavillon de Réanimation ; le sol et les murs sont recouverts de carrelage bleu ; deux larges portes communiquant avec le bureau des infirmières et le couloir, sont ouvertes en permanence ; la fenêtre ouvre à l'arrière du bâtiment sur une cour plantée d'arbres. La pièce

est occupée par le lit du malade, un lavabo, deux tables, une "potence" pour perfusions. Suspendu à l'un des murs, un appareil téléphonique dont la sonnerie retentit fréquemment. Le suicidant est couché dans un lit à barreaux, attaché aux quatre membres par des sangles de cuir, en raison de l'agitation motrice importante qui accompagne les réveils de comas toxiques.

Une ou deux perfusions immobilisent un de ses bras et il est porteur d'une sonde urinaire à demeure. Intubé en cours de coma, le malade est au réveil, dysphonique et dyspnéique. Son haleine est malodorante.

- Les difficultés :

L'ensemble de ces conditions ne facilite pas le contact. Par ailleurs, les entretiens sont fréquemment interrompus par l'équipe médicale et le personnel infirmier du Pavillon. Ces interventions sont multiples et diverses. Elles sont parfois le fait des médecins au cours de leur visite : ils auscultent, prennent la tension artérielle, interrogent le malade sur les substances absorbées. Les interruptions les plus fréquentes sont dues cependant au personnel infirmier ; bien que le malade soit porteur d'une sonde urinaire, on vient l'inciter à vider sa vessie. Il faut refaire le lit, surveiller l'écoulement de la perfusion, s'enquérir des besoins du malade, lui recommander d'être calme ou au besoin, diminuer sa liberté par un corset de cuir qui joint aux sangles , le ligote plus sûrement sur son lit.

Il se peut enfin que l'on soumette le malade intransportable à un examen radiologique au cours de l'entretien psychiatrique.

Lorsque celui-ci peut se poursuivre, il n'est pas rare que le téléphone sonne. Le suicidant se trouve parfois dans une chambre plus éloignée du centre actif du Pavillon. Les autres malades, voisins de lit, participent alors activement aux entretiens, réclamant à leur tour toute l'attention du médecin.

Si nous avons décrit cette ambiance et ces interférences, c'est pour faire apparaître les difficultés, voire les résistances qui accueillent le psychiatre en milieu médical et peut-être spécialement en milieu de réanimation.

Dans le cadre de ce travail, on peut invoquer, de la part du personnel infirmier, un désir inconscient de protéger le malade (de cet entretien au réveil, perçu peut-être comme un viol de la personnalité ?), un sentiment de curiosité plus ou moins chargé de culpabilité (voir ce qui se passe, s'il se passe quelque chose) ou de crainte : le psychiatre peut-il découvrir la nature de la relation établie entre le malade et l'équipe médicale.

Il faut cependant préciser les raisons qui nous ont rendue si sensible à l'intervention de tiers : d'une part, les motivations du travail effectué au Pavillon de Réanimation et d'autre part, la crainte que la relation établie entre "notre malade" et nous ne soit perturbée par une tierce personne.

En dépit des conditions particulières qui ont présidé à ce premier contact, les entretiens se sont déroulés de manière satisfaisante et ont apporté un matériel important.

- <u>La durée</u> :

En raison de l'état du malade, le temps imparti au premier entretien ne pouvait dépasser 45 à 50 minutes.

Essayant d'adopter une attitude aussi neutre que possible, nous avons laissé au malade le soin de mener le dialogue, respectant ses silences, et répondant à ses questions. L'entretien devenait plus directif quand le degré de vigilance du malade diminuait.

ETUDE CLINIQUE : LES OBSERVATIONS

Il semble bien que l'étude du réveil, telle que nous l'avons pratiquée, n'ait jamais été entreprise systématiquement par d'autres auteurs.

De ce fait, la partie bibliographique spécifique sera limitée, et nous allons à présent exposer le contenu des observations. Elles sont au nombre de onze. Excepté trois d'entre elles, elles ont été recueillies par le même médecin au Pavillon de Réanimation et lors de l'hospitalisation ultérieure à la Clinique Psychiatrique.

Nous avons choisi d'exposer d'abord l'histoire de la tentative de suicide, le vécu du réveil puis, après le transfert du malade à la Clinique Psychiatrique, l'évolution des troubles en milieu psychiatrique.

Nous avons tenté à chaque fois de poser un diagnostic et d'élaborer quelques commentaires psychopathologiques.

Des tests projectifs ont été pratiqués au réveil, lorsque le malade s'y prêtait et après son transfert à la Clinique Psychiatrique.

Pour permettre une étude aussi objective que possible, nous avons reproduit in extenso le discours du malade. Toutefois, quand il ne présentait pas un intérêt suffisant, nous l'avons résumé.

OBSERVATION N° 1

Annelyse G., 24 ans, est admise le 21 janvier 1967 en Réanimation pour une tentative de suicide par ingestion de 2g 40 d'une association Amobarbital-Sécobarbital, et 1g de Chlordiazépoxide.
En coma carus à l'admission, la malade commence à en émerger le 24 janvier et se réveille au matin du 25.

- Histoire de la tentative de suicide :

Le samedi 21 janvier, la malade qui habite un appartement éloigné du domicile familial mais déjeune quotidiennement chez ses parents, ne se rend ni à son travail, ni au repas familial. Au courant de l'après-midi, le beau-père de Melle G., inquiet de son absence, vient sonner à sa porte en vain. Il appelle Police Secours ; la porte de l'appartement est enfoncée, la malade retrouvée étendue sur le sol, un téléphone à portée de la main.

Une lettre précise qu'elle vient "d'absorber le produit... Je demande pardon à ma mère du mal que je lui ai fait. Je sens mes jambes s'engourdir..."

Cette lettre est adressée à un ami, Monsieur S.

- Le réveil :

Après un coma de 5 jours, Melle G. est à nouveau consciente le 25 janvier au matin.

Une première prise de contact est possible vers 9 heures : elle est attachée, agitée, confuse et oppositionniste.

Elle ne donne ni son nom, ni son âge, refuse de parler tant qu'elle sera attachée.

"Je suis en prison... parce que tout est tel.

Il y a des énergumènes autour".

Elle accepte cependant de répondre aux planches du test projectif (Z) qu'on lui présente.

Vers 14 H. 30, le même jour, détachée, un entretien plus prolongé est possible.

Elle est désorientée dans le temps et dans l'espace, continue à penser qu'on l'a enfermée.

"Tout est absurde.

Mon mari a voulu qu'on m'enferme (pleure).

Je me souviens de tout : je suis mariée, j'ai trois enfants".

A la vue du médecin de service, elle s'écrie :

"Ce n'est pas lui qui m'a tuée. Je connais son nom, mais je ne le connais pas.

Je n'ai pas voulu mourir.

On m'a fait avaler les comprimés...

Mon mari voulait se débarrasser de moi...

Je ne savais pas ce que c'était, parce que c'était dilué dans de l'eau...

Je pensais le gêner parce que je ne voulais pas divorcer...

Je suis préparatrice en pharmacie... mon mari supervise le tout".

Elle est admise le 26 janvier à la Clinique Psychiatrique.

- Antécédents héréditaires et collatéraux :

La mère épouse en 1941, un Allemand dont elle divorce en 1952. Elle se remarie peu de temps après.

Le père fait prisonnier par les Américains, est emmené aux U. S. A., revient en 1950 à Strasbourg, puis va s'établir en Allemagne après son divorce. Il n'a revu sa fille qu'une fois au cours des vacances scolaires.

Le beau père, directeur d'une agence cinématographique considère Melle G. comme sa fille.

La malade a une soeur cadette de 21 ans et un demi-frère de 12 ans.

- Biographie :

L'enfance de la malade se déroule sans particularité. La scolarité est normale et régulière jusqu'à 17 ans. Après avoir réussila première partie du baccalauréat, elle suit pendant deux ans des cours d'enseignement ménager.

Le jour de ses 21 ans, elle décide d'arrêter ses études et se déclare "libérée de l'autorité maternelle".

Confiée à la garde de la grand'mère maternelle, qui habite le même immeuble que les parents, elle travaille quelques mois comme vendeuse dans une parfumerie, puis en tant que secrétaire dans une entreprise de ciment. Si les emplois varient, le patron est le même. Monsieur K., l'employeur, "se prend d'affection" pour la malade qui peut alors s'acheter un appartement, une voiture, et prendre la gérance d'un magasin de vêtements pour enfants.

En accord avec ses parents, elle quitte la maison familiale et prend possession de son appartement. Elle

déjeune cependant quotidiennement chez eux et ramène son demi-frère, tous les midis de l'école.

Au moment de sa tentative de suicide, célibataire, elle entretenait des ralations avec un Monsieur S., marié, qui a trois enfants et dont la femme refuse le divorce.

- Evolution :

Le 26 janvier, jour de son transfert à la Clinique Psychiatrique, vers 18 heures : elle est souriante, semble totalement consciente bien qu'encore désorientée.

Elle ne sait pas où elle est, mais se souvient de nous avoir vu le matin même (et non la veille).

Elle dit s'être réveillée "là-bas", persuadée de n'être pas dans un hôpital.

"Parce que tout me paraissait bizarre et le médecin m'a regardée avec des gros yeux ; j'ai eu peur".

Pourquoi serait-elle à l'hôpital ? Elle ne se souvient plus si elle a ou non absorbé un produit. Elle en avait le désir, mais ne sait pas si elle l'a fait.

"C'était dans un verre et je l'y avais mis depuis longtemps... parce que j'en avais assez de vivre".

Elle ne conserve pas le souvenir des circonstances ni de la date de sa tentative de suicide, mais sait qu'elle est secrétaire dans une entreprise de ciment (alors qu'elle a la gérance d'un magasin depuis 6 mois).

Le 27 janvier, elle est bien orientée dans le temps et dans l'espace, capable de se situer, de donner ses coordonnées, ainsi que des précisions sur les raisons de son hospitalisation. Elle refuse cependant d'expliquer son geste.

"J'en avais assez de vivre...

Je ne sais pas pourquoi j'ai pris ce médicament.

Je suis bien maintenant, je pense que tout est normal et je crois que je vais retrouver ma famille."

Comment ?

"Par le simple fait que je peux y penser...

Là-bas, tout était bizarre. J'étais enfermée quelque part et je ne pensais pas que ce puisse être en clinique.

Tout était bizarre : la pièce bleue, la fenêtre à droite, la porte devant moi. J'avais l'impression d'être quelqu'un d'autre...

La première nuit, j'ai cru que je rêvais et que j'allais me réveiller".

Le même jour un entretien avec l'ami de Melle G., M. S. nous apprend la situation sentimentale de la malade et nous précise qu'il ne lui a jamais promis de l'épouser. Il a une femme et trois enfants et ne venait la retrouver que lorsqu'il se querellait avec son épouse légitime.

Le 30 janvier, la malade est vue pour la première fois dans un bureau médical. Elle est oppositionniste et agressive, refuse de reparler de sa tentative de suicide et d'elle-même.

"J'ai voulu mourir... Pour moi c'était aussi simple, aussi froidement envisagé que de monter en voiture... J'ai promis à ma mère de ne plus recommencer. J'obéirai".

Le 31 janvier, elle revendique sa sortie.

"Avant qu'on en finisse avec cette histoire absurde, je peux vous dire que j'ai agi de sang froid, et cependant je suis contente d'être là. J'ai attendu d'être calme et raisonnable pour prendre ces comprimés et pourtant j'y pensais depuis trois semaines. Je n'y pense plus, je ne regrette même pas".

Melle G. quitte le service le même jour.

- Tests psychologiques :

- 1er Rorschach, le 28 janvier : la malade est fébrile et anxieuse. Le test est pratiqué au lit.

La pensée est floue et stéréotypée. L'expression "c'est bizarre" apparaît à chaque planche.

Le protocole met en évidence des éléments de la série confusionnelle avec flou de la pensée et stéréotypies sans thématique délirante. Elle exprime une angoisse liée au morcellement du corps, en rapport probable avec la réanimation récente.

- 2è Rorschach, le 3 février, 8 jours après sa sortie du service.

Le protocole met en évidence des éléments de la série schizoïde, en particulier flou et stéréotypie de la pensée. Persistance de l'angoisse liée au morcellement du corps.

- Diagnostic :

L'importance du syndrome confusionnel, les éléments de dépersonnalisation, les sentiments d'étrangeté, de bizarrerie, ainsi que l'apparence dissociée, absurde du discours, orientaient vers un diagnostic de psychose.
Néanmoins, l'attitude de la malade au service, l'importance du transfert immédiat qui a permis la réalisation du test projectif lors du premier entretien, alors qu'elle se refusait à parler, ainsi que sa problématique personnelle, permettent de porter plutôt le diagnostic de structure hystérique.
L'existence probable d'un noyau psychotique ne peut être exclue.

- Commentaires psychopathologiques :

La position dans laquelle se trouvait la malade au moment de sa tentative de suicide, peut être considérée comme une situation répétitive par laquelle elle reconstitue le scénario oedipien (elle a un ami, marié qui a trois enfants et dont la femme ne veut pas divorcer).

Par deux fois, le discours de la malade permet de saisir l'identification à la mère.

"Je suis mariée, j'ai trois enfants.

Je pensais le gêner... parce que je ne voulais pas divorcer".

A la vue d'un personnage paternel (Médecin de Réanimation), elle a un mouvement d'effroi et s'empresse "ce n'est pas lui qui m'a tuée". "Je connais son nom mais je ne le connais pas".

A nouveau rejetée (dans la situation répétitive) au profit de la femme légitime (mère de trois enfants), elle s'identifie à celle-ci et se tue. Le premier entretien au réveil, la remet en "scène" en tant qu'objet de désir et elle accepte de coopérer au dialogue.

On peut noter également le mécanisme de projection qui lui fait dire : "On m'a fait avaler les comprimés.

Ce n'est pas lui qui m'a tuée."

OBSERVATION N° 2

Georges B., 60 ans, est admis le 10 février 1967 en Réanimation pour une tentative de suicide par ingestion de 5 g de Glutéthimide (Doridène).
En coma profond à l'admission, le malade reprend conscience après 72 heures, le 13 février.

- Histoire de la tentative de suicide :

En visite à Strasbourg depuis le 8 février, pour une affaire d'héritage, il se querelle avec son neveu qui refuse de lui donner de l'argent et de lui rendre une bague ayant appartenue à sa mère. Sur le quai de la gare, alors qu'il attendait le train pour Paris, il décide d'avaler vingt comprimés de Doridène.

- Réveil :

Le premier entretien a lieu le 13 février vers 10 heures du matin. Le malade est attaché, vitupérant, protestant d'une voix forte contre une ponction fémorale que pratique sur lui le médecin du service.

Il traite les médecins de tous les noms "d'oiseaux", de "cochons", de "bandes de salopards" ; pense qu'on va le tuer "à cause de ce qu'on lui fait".

Il prétend qu'il peut disposer de sa vie.

Question : Comment vous appelez-vous ?
"Comme on veut. Ca n'a pas d'importance".

Question : Où êtes-vous ?
"Nulle part".

"On m'a assassiné. Les piqures qu'on m'a fait, c'est pour me faire mourir. Ce n'est pas un hôpital c'est un piège... autrement on m'aurait donné une tasse de café... J'ai disposé de ma vie... Je vais mourir parce qu'on m'assassine".

Il s'interrompt à chaque passage d'une infirmière, la traite d'assassin et crie :

"Pas encore mort, Madame, pas encore mort !"

Question : Qui êtes-vous ?

"J'étais un grand pianiste avant la guerre.

J'ai fait quatre ans à Buchenwald".

Question : Que faites-vous maintenant ?

"Je meurs..."

"Tout le monde porte des masques, sauf moi".

Puis il explique de façon confuse ce qui s'est passé à son avis : on lui a pris son veston, son pardessus. Il a des problèmes d'argent. On lui a fait payer six verres de trop. A son enterrement, on a mis un paravent noir. Il a vu des gens et a compris que c'étaient des fossoyeurs. Il était venu chercher la bague de sa mère, sa belle-soeur étant morte.

Le même jour vers 15h. 30 :

Question : Votre nom ?

"Comme toujours...

On me veut du mal.

Je ne veux pas de cadeau d'une dame que je ne connais pas !... (à cet instant, une infirmière essaie de lui faire enfiler une chemise).

J'ai passé la nuit dans une chambre mortuaire.

Je me suis suicidé pour faire une blague".

Les quelques phrases cohérentes qu'il est ensuite possible de saisir, sont noyées dans une suite ininterrompue de propos décousus, difficiles à comprendre et d'où il ressort qu'il

pense qu'on l'attaque toute la journée avec piqures, rouges, flèches.
Il est admis le 14 février à la Clinique Psychiatrique.

- Antécédents héréditaires et collatéraux :

Les parents du malade possédaient en Pologne une usine de textile ; juifs, déportés, ils sont morts en camp de concentration.

Sixième enfant d'une fratrie de 7, le malade est le seul survivant.

- Biographie :

Le malade est né le 11 juillet 1907 à Varsovie.

Il ne signale rien de particulier dans son enfance. La scolarité a été normale de 9 à 17 ans. A la sortie du lycée, il entre au Conservatoire de Varsovie et entreprend des études de piano. Parallèlement, il suit des cours d'histoire et de langue polonaise et passe un doctorat en Philosophie à l'âge de 32 ans.

En mars 1932, il est lauréat du concours Chopin, puis lauréat du concours de Vienne.

En 1939, il s'engage dans l'armée pour 11 mois, car en 1941, il est déporté à Buchenwald où il restera jusqu'en 1945. Il aura la main droite cassée par les Allemands "pour qu'il ne puisse plus faire de piano". A la fin de la guerre, seul survivant de sa famille, il vient en France et monte à Paris une affaire d'imprimerie.

En 1962, il est obligé d'arrêter, faute de travail et décide de vivre de rentes.

- Evolution :

Le 15 février : il est encore confus, légèrement désorienté dans le temps et essaie de rassembler ses souvenirs pour expliquer ce qui s'est passé.

Il évoque son neveu Michel, la bague de sa mère qu'il voulait récupérer.

Il serait venu à Strasbourg pour se supprimer.

"J'ai dit à Michel, de raconter aux copains que j'étais mort d'une crise cardiaque".

Il pense s'être trouvé "mal" au buffet de la gare, puis on l'a emmené à l'hôpital où un médecin a dit "On le sauvera".

Le lendemain, il est sorti et a été retrouvé dans une "boite de nuit" fumant de l'opium. On l'a ramené et mis dans "une chambre mortuaire".

A cette version de l'histoire, il ajoute qu'il a des problèmes d'argent et qu'il a été volé à "l'hôpital 42".

Il évoque ses souvenirs de Réanimation.

"On m'a attaché sur un lit, passé une ceinture autour de la gorge. Un Espagnol m'a envoyé une cible et - j'ai coupé ça - Il y avait un Noir avec moi, qui m'a volé des cadeaux et m'a envoyé des flèches par la fenêtre".

Dans les jours suivants, le malade devient plus cohérent continuant à affirmer :

"Je suis responsable de ma personne".

Il voulait que son neveu s'occupe de l'enterrement en disant qu'il s'agissait d'une crise cardiaque.

Et également :

"C'est une tache dans ma famille, Juif et Polonais, que de se suicider. Je ne veux pas faire de tort à mon neveu... Je ne repartirais pas de Strasbourg sans la bague de ma mère".

En raison de difficultés pécuniaires, le malade n'étant plus assuré depuis 1962, il est transféré à l'Hôpital Psychiatrique de Stéphansfeld le 21 février.

- Tests psychologiques :

- Z projectif le 13 février : pas de thématique délirante, mais des éléments dépressifs et anxieux, une labilité émotionnelle évoquent le diagnostic de mélancolie anxieuse. Quelques éléments organiques.

- Rorschach le 15 février : éléments dépressifs chez un sujet anxieux. Signes organiques mais sans thématique délirante.

- Diagnostic :

Le syndrome confusionnel est important, ainsi que la désorientation temporo-spatiale, les sentiments d'étrangeté, de bizarrerie. Il semble que les propos du malade ne doivent pas être mis en rapport avec une thématique délirante mais plutôt avec une production onirique. Il est difficile de distinguer ce qui appartient au domaine de l'imaginaire de la réalité actuelle, mais il est certain que les impressions vécues par le malade en Réanimation doivent réveiller le souvenir d'expérience vécues à Buchenwald (hôpital 47, "les fossoyeurs"...)

Néanmoins, l'histoire du malade, sa situation affective et sociale permettent de poser le diagnostic de dépression réactionnelle.

- Commentaires psychopathologiques :

Le premier élément que nous pouvons noter, c'est la perte du Nom "Comme on veut, ça n'a pas d'importance... Comme toujours".

Cette perte de l'identité peut être interprétée comme l'exclusion de la lignée paternelle et on ne peut s'empêcher d'évoquer à ce propos les phrases prononcées par Gavriel, extraites du livre d'Elie Wiesel "Les portes de la forêt" : "Mon nom m'a quitté. Adieu, il est mort mon nom. Il est parti un jour, comme ça, sans raison, sans excuse non plus ; il a oublié de me prendre avec lui... Le nom a sa vie à lui, son propre destin, indépendant de la vie et du destin de celui qui le porte. Il arrive que le nom vieillit, tombe malade et s'éteint bien avant l'homme qui s'identifie à lui".

Par ailleurs, on lui refuse à nouveau cette mère (son équivalent symbolique, la bague qui lui appartenait), interdite une première fois par le père.

Il y a identification au père dont il voulait mourir la mort (mourir la mort du Nom).

On peut noter également comme dans la première observation, le mécanisme projectif "On m'a assassiné. Je vais mourir parce qu'on m'a assassiné."

OBSERVATION N° 3

Marie S., 20 ans, est admise le 19 mars 1967 en Réanimation pour une tentative de suicide par absorption de 11g de Méprobamate et d'Acéprométazine (Mépronizine).
En coma modéré à l'admission, elle reprend conscience le 20 mars.

- Histoire de la tentative de suicide :

A la fin d'une journée passée à la campagne avec son fiancé et les parents de celui-ci, la malade se querelle avec sa future belle-mère. Rentrée chez elle, elle s'effondre dans les bras de sa mère et pendant que celle-ci téléphone aux parents du fiancé, se précipite dans le cuisine et avale un tube de Mépronizine.

Quelques heures plus tard, elle l'avoue à sa mère en disant "Demain, je serais morte".

- Réveil :

Le 20 mars, elle sort du coma. Elle est confuse, légèrement dysphonique, parle doucement et spontanément. Elle est attachée.

Question : Comment vous appelez-vous ?

"Marinetcha... (diminutif donné par le père).
J'ai mal... Je vais avoir 20 ans.
Où je suis ? aucune idée... J'ai fait des études de Lettres à la Nouvelle Faculté de l'Esplanade.
J'ai tout le temps mal à l'estomac.

Je suis allée chez un médecin, et il ne m'a pas dit si c'était le foie... la rate... c'est trop terrible pour...

Mon père est rendu à la vie... non, il est mort ; il faut pas m'excuser...

Hier soir, on conduisait, il m'a dit : cette salope elle n'a qu'à se faire foutre... le père de Dominique.

Je ne sais pas ; sa mère m'a traitée de salope, elle a dit que je portais malheur.

Je fais tout ce que je peux. J'ai un caractère emporté. Personne...

Ma mère disait que même si le poisson est énorme, c'est pas elle qui me soutiendrait, c'est moi.

Jusqu'à ce soir, je n'ai pas compris, c'est dans la colère qu'on dit les choses qu'on pense.

Dominique c'est mon fiancé.

Qu'est-ce que vous allez me conseiller de faire... rien faire."

<u>Question</u> : Qu'avez-vous fait ?

"J'ai pas tout pris ce qui a dans le flacon.

J'ai l'air de parler comme une femme saoule.

Je suis lessivée.

Parce que je l'aime...

Je suis malade...

Elle se soulève et essaie d'atteindre la table hors de sa portée).

Dès que je touche la table, c'est affreux.

J'ai avalé toute la boîte."

"Je ne supporte pas l'hypocrisie.

Il est tyrannique".

Je fume de trop.

Ca ne s'explique pas. Si, ça peut s'expliquer par le fait que je crois qu'il ne m'aime plus.

Il est parti avec ses parents et m'a laissée.

Et cette langue de "vispère". Elle est tellement méchante.

On a été au "ratching" (Racing ?)

La fiancée de Marie Josée, le frère à Gérard ?...

Ce n'est pas pour me vanter, je crois que je suis plus jeune... plus vieille que lui.

(Elle s'agite dans son lit, soulevant le drap, semblant chercher quelque chose).

Vous avez vu le petit tube ? Je l'avais vu là.

C'est pire un accouchement que cela ?

La souffrance ! (elle cherche à nouveau).

Je n'ai pas l'habitude de jouer la comédie.

C'est que disent les "ivremiones".

Question : Ivremiones ?

"Quelqu'un qui boit tous les jours... Aujourd'hui j'ai bu.

Il y a des moments où j'adore la vie.

Je suis chez ma mère. Non à l'hôpital... J'ai pris les "cochets" chez ma mère.

Le même jour en fin d'après-midi, la malade est admise à la Clinique Psychiatrique.

- Antécédents héréditaires et collatéraux :

Le père de la malade, officier de cavalerie aux temps de la Russie des Tsars, ingénieur, arrivé en France en 1914, s'est suicidé en 1958 (arme à feu). Il n'avait jamais pu se réadapter aux conditions nouvelles de sa vie en France.

La mère, institutrice, gagnait l'argent du ménage. Elle s'est remariée quelque temps après la mort du père.

Le beau-père est un homme "bon et effacé".

La malade est fille unique.

- Biographie :

Les premiers souvenirs de Marie datent de l'âge de 4-5 ans, alors qu'avec son père, elle partait en forêt chercher des fleurs et des champignons. Toute son enfance est placée, dit-elle "sous le signe de l'insouciance".

La scolarité se déroule normalement et la jeune malade a réussi son baccalauréat. Au moment de sa tentative de suicide, elle est étudiante en 1ère année à la Faculté de Lettres et se destine au Journalisme. Elle est fiancée depuis trois ans avec un étudiant en Pharmacie.

- Evolution :

Le 21 mars, à la visite, le matin, elle est assise dans son lit, vitupérant, agressive et revendicatrice, elle ne reconnait pas le médecin qui lui a parlé la veille en Réanimation. Elle est désorientée dans le temps.

"Je ne vous ai jamais vu.

Vous avez trouvé mes bagues ? Personne ne vient me voir. Je refuse d'être chez les fous.

Je connais plusieurs jeunes filles dans mon cas et je ne suis pas folle pour autant.

Je suis abandonnée chez les fous."

Elle refuse de parler davantage et évite soigneusement toute indication se rapportant à sa tentative de suicide.

Le 22 mars, elle retrouve ses coordonnées temporo-

spatiales, se souvient d'avoir enlevé ses bagues (qu'elle cherchait désespérément la veille), d'avoir eu le poignet droit attaché, d'avoir été transportée à la Clinique Psychiatrique sur un brancard. Ce sont les seules images qui persistent du réveil du coma. Elle précise les circonstances de la querelle qui l'a opposée à sa future belle-mère, puis rentrée chez elle

"J'ai pris des cachets pour me calmer.

J'ai avalé, j'ai avalé, puis peu à peu l'idée d'en finir s'est installée... ce serait plus facile.

Je pense que j'ai été marquée par la mort de mon père".

Question : Maintenant ?

"Je suis contente d'être en vie et j'apprécie davantage les oiseaux qui chantent".

Question : La mort ?

"La fin des ennuis. Je ne sais pas si je crois en Dieu ou si les gens me reprochent quelque chose.

J'ai agi bêtement. Je sais que je suis trop impulsive.

J'ai besoin d'affection. Mon fiancé n'est pas expansif. Mon père était très impulsif. Il me battait puis il m'embrassait.

Il souffrait d'être étranger. J'ai vu l'ambulance qui l'emmenait quand je suis rentrée de l'école. Je riais, je n'ai pas réalisé. Maintenant je réalise qu'il s'est passé quelque chose".

Désireuse de reprendre ses cours, la malade quitte le service le même jour.

- Tests psychologiques :

- Z projectif le 20 mars : on note une tendance à la rationalisation, telle qu'on la voit chez les psychotiques.

- Rorschach le 30 mars : sur un fond de personnalité hystérique, manque de frein dans les manifestations affectives pensée déréelle, évoquant une personnalité pré-psychotique.

- Diagnostic :

On pouvait noter au réveil l'importance du syndrome confusionnel de la dissociation d'éléments de dépersonnalisation. Les pseudo-néologismes, "ivremione", "ratching", "cochets" étaient dus à la dysphasie confusionnelle.

Si le diagnostic de psychose pouvait cependant être évoqué au réveil, le changement total de la présentation, de l'attitude, de la mimique au cours d'un examen psychiatrique ultérieur, la problématique nous fait porter le diagnostic de névrose dépressive chez une personnalité hystérique.

- Commentaires psychopathologiques :

Au réveil, le refus de la réalité de la mort du père -"Mon père est rendu à la vie... non, il est mort" - peut cacher le désir de rejoindre ce père dans la mort.

L'essai de réinsertion dans une famille où il y a un père, est barré par la future belle-mère, et le passage à l'acte suit une altercation violente avec cette dernière.

Par ailleurs, on peut rapprocher l'épithète "salope", dont la belle-mère pare la malade, de l'allusion à l'accouchement, la malade était-elle enceinte ? Nous ne saurions infirmer cette hypothèse.

OBSERVATION N° 4

Jeanne W., 24 ans, est hospitalisée le 1er Avril 1967 en Réanimation pour une tentative de suicide par 8g de Méprobamate.
En coma carus à l'admission, elle se réveille après 48 heures de coma, le 3 avril.

- Histoire de la tentative de suicide :

Le beau-père de la malade vient régulièrement entretenir le chauffage dans l'appartement de sa fille. Le jour de la tentative de suicide, il trouve la malade étendue inconsciente dans la cuisine de son appartement.

- Réveil :

Le 3 avril, elle émerge du coma. Elle est attachée, mais calme et bien orientée ; légèrement agressive, et oppositionniste.

"On m'a dit que j'étais à l'hôpital.
Je ne pensais pas venir.
Quel jour, journée.. Depuis quand je suis ici ? J'ai dormi. On m'a pris la température, la tension, je crois que c'est tout.
Peut-être dimanche, lundi ?
J'ai pris des comprimés".

Question : Pourquoi ?

" C'est facile à deviner. J'en avais marre de tout, de tout.
Tout allait bien mais j'en avais marre.

Logique ? sur un certain point. Je ne le dirais pas.

Ce n'est pas la première fois que je veux mourir. La première fois c'était vendredi soir..."

Question : Et la deuxième ?

"Il n'y avait pas de deuxième... j'ai cru que vous me demandiez si c'était la première fois que je garde tout pour moi.

Je ne me confie pas. J'aime la solitude. Maintenant ? je vais recommencer... à vivre.

Je ne dirai rien".

La malade est transférée le 4 avril à la Clinique Psychiatrique.

- Antécédents héréditaires et collatéraux :

Le père de la jeune fille est mort pendant la guerre et ne l'a pas connue.

La mère s'est remariée alors que la jeune Jeanne avait 11 ans.

Le beau-père est invalide.

La jeune fille a un frère de 34 ans. Sa mère a adopté récemment un petit garçon de 10 ans.

- Biographie :

Il n'y a rien à signaler dans l'enfance de la malade. La scolarité est normale de 6 à 14 ans, sanctionnée par le CEP. Elle entre en apprentissage à la sortie de l'école et passe le CAP de sténo-dactylo à 17 ans. Elle travaille à l'imprimerie Hachette au moment de sa tentative

de suicide.

Depuis l'âge de 22 ans, elle vit seule dans une chambre louée puis en appartement. Elle vient de rompre une liaison avec un homme marié.

- Evolution :

Le 4 avril, elle est bien orientée. Elle accepte de préciser que sa tentative de suicide vient à la suite d'une déception sentimentale. Le soir de la rupture, elle rentre chez elle et avale les comprimés. Au réveil, elle se souvient d'avoir éprouvé une sensation pénible.

Elle voulait encore mourir, mais maintenant "Ca n'en vaut plus la peine".

Le 5 avril, souriante et coopérante en apparence, elle refuse cependant de reparler de son geste, dont elle s'est immédiatement souvenu au réveil.

Elle a pris ces comprimés dans l'intention bien déterminée d'en finir, sur une "impulsion subite".

Elle avait déjà essayé une première fois.

En fait, elle voulait dormir.

Question : Maintenant ?

Elle ne recommencera plus parce que "Le réveil est trop dur... cette chose dans la bouche... le sérum".

Une tentative de suicide c'est stupide mais les raisons "Ne vous regardent pas".

Le 11 avril, la malade quitte le service, refusant de parler davantage de "ce qui s'est passé et ne se passera plus".

- Tests psychologiques :

Rorschach le 6 avril : elle est souriante, indifférente. Structure hystéro-phobique de la personnalité avec éléments dépressifs marqués et asthénie.

- Diagnostic :

Le syndrome confusionnel est dans ce cas, très minime. La malade se situait immédiatement dans son histoire, elle récupérait ses défenses dès le réveil. Il s'agit vraisemblablement d'une structure névrotique.

- Commentaires psychopathologiques :

Les données concernant cette malade étaient trop insuffisantes pour nous permettre une approche psychopathologique.

OBSERVATION N° 5

Viviane D., 21 ans, est admise le 7 avril 1967 en Réanimation pour une tentative de suicide par ingestion volontaire de 2g de Sécobarbital.
En coma profond à l'admission, elle émerge le 8 avril en fin de journée.

- Histoire de la tentative de suicide :

En sortant de Maternité avec son premier enfant, la jeune femme est aidée pour les premiers soins à donner au bébé, par sa mère venue l'épauler. Au départ de ses parents, elle éprouve un désarroi total devant les soins à donner à son enfant.

Le jour de la tentative de suicide, le mari de la jeune femme se rend à son travail. En rentrant, sa femme est couchée, inconsciente, laissant une petite lettre pour expliquer son geste.

- Réveil :

Le premier contact a lieu le 8 avril. Elle est confuse, peu agitée, semi-mutiste et très déprimée.

"Je suis mariée... J'ai accouché le 20 mars... d'un garçon... Je ne veux pas le garder... Je suis incapable de l'élever... Je voudrais l'élever mais je sais pas.

Je viens juste d'accoucher.

J'étais bien.

Je ne me souviens plus après.

Je me sens bizarre... Je voudrais être normale...

Je me sens bizarre... J'ai froid.

J'ai pris des comprimés (pleurs)... Je voulais dormir.

J'ai des soucis. Je voudrais quelqu'un pour l'élever."

La malade est admise le lendemain, 9 avril, à la Clinique Psychiatrique.

- Antécédents héréditaires et collatéraux :

Le père de la malade est militaire de carrière, autoritaire et rigide.

La mère est douce, entièrement soumise aux principes stricts établis par le père.

La jeune femme est l'ainée de deux garçons de 17 et 13 ans.

- Biographie :

Au cours de la petite enfance, à Cognac, on remarque ses colères et ses terreurs nocturnes. La scolarité est normale de 6 à 17 ans. Après le CEP, la malade entreprend trois ans d'apprentissage ménager.

Elle travaille pendant deux ans comme ouvrière dans une usine de bobinage électrique jusqu'à son mariage en février 1966 avec un fonctionnaire des Douanes. Mutés à Strasbourg, ils s'y installent en juillet 1966. Le 20 mars 67, la malade accouche d'un garçon et rentre chez elle après 6 jours d'hôpital.

- Evolution :

Le 10 avril elle est inhibée, figée, très déprimée et ne répond que peu aux questions.

Elle ne se souvient pas de son réveil mais des médecins qui l'ont interrogée.

Elle se sentait fatiguée depuis son accouchement, ne voulait pas d'enfant aussi rapidement.

Elle pense avoir dit "comme ça" qu'elle avait peur de l'élever. Elle ne se plait pas en Alsace.

Le 11 avril elle est toujours inhibée et presque oppositionniste quand une question ne lui plait pas. Se dit fatiguée.

Elle ne comprend pas son geste : se sentait fatiguée, découragée en quittant la Maternité.

Elle pensait au suicide mais ne croyait pas pouvoir le faire.

Les mêmes raisons reviennent les jours suivants ; la jeune femme reste inhibée, très culpabilisée à l'égard de son enfant dont elle évite de parler. Le seul moment émotionnel observé : lorsqu'elle parle de son mari.

Elle s'entend très bien avec lui.

"Il me gâte".

Le 15 avril, l'attitude de la malade reste la même. Elle passe de longues heures à pleurer, se lève peu, semble épuisée.

Elle ne se souvient pas de ce qui s'est passé avant de prendre les comprimés, mais pense qu'elle s'est occupée de l'enfant prudemment.

Elle avait peur de "mal faire". "Il est si petit".

L'idée de suicide est venue brutalement quand elle s'est retrouvée seule avec le petit.

Elle veut retourner chez sa mère pour se reposer et emmener le bébé.

Elle se sent fatiguée, s'ennuie...

Question : Après qui ?

"Mon enfant... mon mari aussi. J'aimerai voir l'enfant.

Le 20 avril elle est plus souriante mais reste réticente quand on l'interroge.

Elle ne comprend pas pourquoi elle a refusé de s'occuper du bébé et se souvient avoir reçu une gifle de son mari alors qu'elle refusait une fois de donner le biberon à l'enfant.

Elle n'a rien à dire de plus, a toujours été "renfermée, repliée sur elle-même".

Le 3 mai, après un week-end passé chez elle, elle revient détendue et souriante.

"Je me sens capable d'élever mon bébé aussi bien que n'importe quelle maman. Je ne sais pas ce qui s'est passé. Il est pourtant rose, souriant, mignon comme tout".

Elle quitte la Clinique le 6 mai.

- Tests psychologiques :

- Z impossible le 8 avril. Refus.

- 1er Rorschach le 18 avril : protocole pauvre, lent avec 6 refus dont un seul est surmonté à l'enquête, évoquant le Rorschach d'un sujet mélancolique.

- 2e Rorschach le 5 mai : les possibilités d'adaptation tant intellectuelles qu'affectives sont meilleures mais restent fragiles. Les éléments dépressifs restent marqués.

- Diagnostic :

La tentative de suicide vient s'inscrire dans le cadre nosographique des psychoses puerpérales.

Le tableau clinique est dominé par la dépression dont la thématique tourne autour de l'enfant.

"Je suis incapable de l'élever."

- Commentaires psychopathologiques :

Il faut noter chez cette malade la persistance très importante des liens avec la mère : celle-ci est venue l'aider les premiers jours de l'accouchement ; c'est vers elle que veut retourner la malade en sortant de Psychiatrie. Ce refus de l'enfant est un refus de s'identifier à la mère dans son rôle maternel.

Il semble, par ailleurs, que les grands-parents aient été les seuls à désirer la naissance du bébé. Lorsque ce seul support vient à manquer, la malade se suicide.

OBSERVATION N° 6

Marcelle D., 17 ans, est admise le 22 mai 1967 en Réanimation pour une tentative de suicide par absorption volontaire d'un "cocktail" médicamenteux (20g d'Optalidon - 2g de Méprobamate - 20 mg de Dichlorhydrate de Fluméthazine - 15 mg de Betamétasone et 0,8 g de Sécobarbital).
En coma stade IV pendant 6 jours, elle se réveille au matin du 29 mai.

- Histoire de la tentative de suicide :

Interne dans un Collège de Haguenau, elle passe chez sa mère le week-end du 20 mai et prend les comprimés avant de repartir.

- Réveil :

Le matin du 29 mai, elle est confuse, agitée, en proie à des vomissements incessants. Les propos tenus sont incohérents.

"Je me suis suicidée, mais je suis encore là. Madame..."

Question : Qu'avez-vous fait ?

"Des études... de rien.
Aidez-moi à me lever pour aller aux toilettes...
Vous êtes Médecin ?...
D'abord je voyais un coin pareil... Strasbourg peut être quelque chose de jamais vu.
Elles ont raison... dès que je bouge... j'ai des difficultés à bouger... des difficultés tout le temps.

J'ai pris des cachets...

J'en ai marre.

Question : De quoi ?

"C'est ce que je cherche..."

Elle porte un anneau à l'annulaire gauche.

Question : Vous êtes mariée ?

Elle se frappe le ventre "Moi ? ... Non ! ... je vous le dirais si je savais...

J'ai commencé... J'avais mal à la tête et j'ai continué de les prendre.

J'avais trop mal.

Je ne suis pas réveillée... Je nage encore.

J'ai vomi dans le café...

Je vais en classe au lycée..."

Question : Quelle année ?

"Aucune année...

J'ai fait mon BEPC et ma mère est tombée malade...

On m'a opérée le bras...

C'était trop tard pour la prise de sang...

On m'a mis quelque chose dans la bouche...

J'ai passé le week-end chez une dame..."

A 16 heures, le même jour, elle est moins confuse et moins agitée. Elle est désorientée dans le temps et affirme avoir vu le médecin qui l'interroge une heure auparavant. Elle sait qu'elle est à l'hôpital.

"Parce que j'ai voulu me suicider et que ça n'a pas réussi.

Je viens de vomir... Je ne sais pas... Je sais que j'ai 17 ans.

Question : Depuis quand êtes-vous réveillée ?

"Je ne m'étais même pas couchée. Je somnolais et après j'ai eu mal à l'estomac.

J'avais déjà facilement mal à l'estomac...

Je suis en Première Terminale au Collège Technique...

J'ai passé le week-end chez une amie et après je suis rentrée chez moi...

J'ai vu ma mère tout à l'heure avec le Docteur, juste deux minutes.

Je ne m'entends pas avec ma mère, je préfèrais toujours mon père... il est mort depuis 5 ans.

C'est pour cela que j'ai voulu mourir... pour le rejoindre.

J'y pensais depuis ces derniers temps... J'ai commencé à prendre des comprimés l'un après l'autre...

J'étais joyeuse... Je ne sais pas pourquoi..."

Question : Et maintenant ?

"Ca m'est égal. En sortant d'ici on va me mettre au Bon Pasteur. J'ai fait deux fugues successives chez une dame qui est une amie et que j'ai connue dans un café...

Il y a un but dans tout ce que je vous raconte... de m'aider à vivre... parce que je n'ai pas envie de vivre seule...

Je ne sais pas quoi faire... me dire... si tu fais ça c'est bien ou ça c'est mal".

- Antécédents héréditaires et collatéraux :

Le père de la malade est décédé en 1961. Invalide depuis 1956, à la suite d'un accident de la circulation, il avait été hospitalisé à l'Hôpital Psychiatrique de Stéphansfeld pour éthylisme avec raptus clastiques et menaces à l'égard des siens.

La mère, hospitalisée à l'Hôpital Psychiatrique de Stéphansfeld en 1959 puis à la Clinique Psychiatrique en 1966 pour troubles du comportement, est fréquemment absente du logis familial et se livre plus ou moins à la prostitution.

La malade est l'aînée d'une famille de 6 enfants.

- Biographie :

L'enfance se déroule sans particularité, l'éducation étant davantage l'apanage du père. Vers l'âge de 10 ans, le père décide d'entreprendre "l'éducation sexuelle" de sa fille ainée... A cette époque déjà, la malade s'occupe de ses frères et soeurs, la mère étant absente (hospitalisations fréquentes).

Préférée du père, elle se heurte à l'hostilité maternelle et à la jalousie de ses frères et soeurs.

D'août à novembre 1966, elle fait deux fugues chez une tante à Metz puis se livre à la prostitution. Menacée par la mère d'être placée au Bon Pasteur, une assistante sociale décide de la faire entrer à l'internat d'un Collège de Haguenau afin qu'elle y prépare son baccalauréat.

- Evolution :

Le 1er juin, mise en présence du Psychiatre, qui l'a interrogée au moment du réveil, elle ne le reconnait pas.

Elle ne donne aucune explication concernant sa tentative de suicide et s'en désintéresse totalement.

Elle admet cependant plus tard, avoir eu mal à l'estomac. Pour calmer ses douleurs, elle a pris un cachet et subitement a avalé toute la boîte.
Elle persiste dans les jours qui suivent à affirmer qu'elle désirait faire cesser ses douleurs gastriques, sans plus.

Le 14 juin, elle reconnait son désir de mourir.

"Parce que je ne voulais pas rester à Haguenau".

Elle a le sentiment d'être inutile, incapable, d'échouer dans tout ce qu'elle entreprend.

"Je n'ai rien à attendre de la vie".

Le 16 juin, elle reprend les motivations avancées au réveil :

"Je voulais mourir pour rejoindre mon père.

J'avais été menacée du Bon Pasteur parce que je me prostituais l'an dernier.

A 10 ans, mon père voulait coucher avec moi".

Le 20 juin,

"Quand j'ai pris ces comprimés, je n'ai pensé à rien, si ce n'est : Je n'entendrais plus rien. Je vais revoir Papa et j'ai écrit : ne me réveillez pas, je vais voir Papa.

J'ai regardé les étiquettes de tous les tubes que vidés.

Les célestènes étaient bleus.

J'ai oublié les enfants.

Aujourd'hui, je ne peux pas voir quelqu'un qui

avale un comprimé. C'est idiot ce que j'ai fait".

Le 22 juin,

"Quand j'ai fait quelque chose, je vois toujours mon père devant moi qui me juge : c'est bien, c'est mal.

J'aurais voulu être sa femme et avoir les enfants.
Etant sa fille, je me sentais inférieure.
Etant sa femme, j'aurais été au même niveau...
Je veux m'en sortir".

La malade a quitté le service le 24 juin.

- Tests psychologiques :

Rorschach le 3 juin : structure de type abandonnique chez un sujet anxieux et dépressif. Les possibilités de contact avec autrui sont faibles. Il existe une angoisse de type hystéro-phobique une connaissance de soi mal structurée, une impulsivité pouvant faire craindre un nouveau passage à l'acte.

- Diagnostic :

Les éléments dépressifs présentés par cette malade étaient d'emblée évoqués au réveil ainsi que la référence à la loi du père. Les fugues, la prostitution rappelées dans sa biographie permettaient de parler de désiquilibre psychopathique. Néanmoins, l'attitude séductrice au service, son indifférence apparente à l'égard de sa tentative de suicide, l'évocation sans cesse répétée du père mort, ont fait poser le diagnostic de névrose complexe avec possibilité d'évolution vers la névrose de caractère.

- Commentaires psychopathologiques :

On peut noter ici, la survenue de la tentative de suicide après un épisode de prostitution, réalisant l'identification à la mère, (prostitution et nostalgie du père irremplaçable). Elle se réfère à la loi du père qui juge "ceci est bien, ceci est mal" et qui est celui qui détient le phallus.

OBSERVATION N° 7

Hervé R., 13 ans, est admis le 17 mai 1967 en Réanimation pour une tentative de suicide par ingestion volontaire de 2,5 g d'Amobarbital + Sécobarbital.
En coma stade III pendant 72 heures, il émerge au matin du 19 mai.

- Histoire de la tentative de suicide :

Le 17 mai, le malade rentre du Lycée en compagnie de quelques camarades. Habitué à pratiquer de petites expériences de chimie dans une mansarde de l'immeuble familial, il s'y rend ce jour-là mais se heurte à l'interdiction maternelle. Réprimandé devant ses camarades, il semble ne pas y prêter beaucoup d'attention . Après le repas du soir, il se rend dans la chambre de ses parents et prélève un tube de Binoctal dans le tiroir de la table de chevet du père. Il est retrouvé quelques heures plus tard dans sa chambre la boite de comprimés à ses côtés.

- Réveil :

Le 19 mai au matin, un premier entretien est possible. Il est agité, attaché ; il se débat, grimace et se frappe par intermittence la tête contre les barreaux du lit.

Il est dyspnéique et dysphonique.

Question : Tu pleures ?
"Non, je ne pleure pas... Je ne suis pas fou.
Vous n'êtes pas gentil, vous êtes méchant.

Je veux sortir du lit et aller aux cabinets.

Je ne m'agite pas... mon bras est coincé".

Comme il risque de débrancher la perfusion par ses mouvements désordonnés, on lui passe un corset thoracique.

Question : Tu es attaché.

"Attaché ? Pourquoi ?

Question : Tu es à l'hôpital.

"Ah ? (Il fait une moue étonnée et hausse les épaules).

C'est désagréable tout ça.

Je n'y pouvais rien. J'étais endormi.

Je ne sais pas. Je ne sais pas.

Je ne peux pas... éternuer.

Question : Tu as pris quelque chose ?

"Oui".

Question : Pourquoi ?

"Je ne sais pas." (Il hausse à nouveau les épaules).

Question : Tu voulais mourir ?

Oui. C'est pas exprès. Je veux pas le dire".

Question : Tu es encore endormi ?

"Mais non, réveillé !"

Question : Et alors qu'en penses-tu ?

"Je ne suis pas content".

"J'en avais assez de tout. J'avais entendu dire que ces médicaments tuaient. Sinon j'aurais pris autre chose. J'y pensais depuis quelques années.

J'ai entendu parler de suicide à la radio.

J'ai trouvé cela tentant."

Question : Et maintenant ?

"Je retournerai en classe... tant pis".

Question : Ca ne va pas en classe ?

"Non, c'est pas ça."

Question : A la maison ?

"C'est pas agréable, mais pas désagréable non plus, c'est pas ça."

Il amorce un mouvement pour se lever. "Je veux aller aux cabinets".

Question : Si tu te lèves, tu vas tomber.

Il sourit.

"Si je me lève, je tombe ? Mais je ne peux pas me lever."

Question : Qu'as-tu envie de faire à part aller aux cabinets ?

Il sourit. "Prendre l'air."

Au cours d'un deuxième entretien le 20 mai, il est assis dans son lit, souriant, bien réveillé. Il ne se souvient pas de nous avoir vu le jour précédent.

Très coopérant, il accepte de répondre aux planches du test projectif qu'on lui présente.

Tout en regardant les planches, il raconte qu'il a vu des mouches et des bêtes qui passaient devant ses yeux, le matin même ; de même il rapporte qu'il a vu passer son père par la fenêtre et que celui-ci lui a fait un signe de la main. (En fait, le père du malade est réellement venu en Réanimation mais n'a pas franchi la porte du service.)

Hervé est transféré le 22 mai à la Clinique Psychiatrique.

- Antécédents héréditaires et collatéraux :

Le père très effacé, directeur d'une entreprise d'installation sanitaire, héritée de son père, aurait aimé poursuivre ses études et devenir médecin.

La mère, très culpabilisée, angoissée, veut reprendre son fils sous "son aile" et refuse de reconnaître la gravité de la situation.

Le jeune Hervé a un frère de 19 ans, jeune étudiant en Médecine.

- Biographie :

L'enfance du malade se déroule sans particularités. La scolarité est normale. Hervé travaille bien en classe et se trouve au moment de sa tentative de suicide en 5e au Lycée Kléber.

C'est un enfant très émotif, très sensible, passionné des sciences naturelles, collectionnant les insectes, se destinant à la carrière de vétérinaire.

- Evolution :

Le 22 mai, encore très dyspnéique et dysphonique en raison de l'intubation des jours précédents, il peut néanmoins donner quelques renseignements concernant ses parents, son frère, ses études actuelles.

Le contact est difficile, il est réticent, refuse de parler de ce qui s'est passé.

Dans la nuit du 22 au 23 mai, il présente un état d'agitation psychomotrice avec angoisse de dépersonnalisation, idées de persécution (crainte des gendarmes) et il tente de se défénestrer.

Devant l'agitation du malade et les risques de raptus suicidaire, il est transféré au service de psychoses.

Le 24 mai, il est très angoissé, akatisique, totalement désorienté dans le temps et dans l'espace, avec fausses reconnaissances sur tout le personnel du service.

Il émet des propos incohérents avec angoisse de mort imminente et intuition délirante qu'il va mourir.

"Dites-moi, ce sera pénible... douloureux ou non.
Vous allez me descendre aux enfers...
C'est vous qui allez me tuer ?
Mes parents, la dernière fois s'il vous plaît.
N'essayez pas de me rassurer... vous me racontez des histoires. C'est à cause de quoi que je vais mourir ?..."

Le 26 mai, il retrouve ses coordonnées temporo-spatiales et n'émet plus d'idées délirantes. On note une nette diminution de l'angoisse mais aucune critique de l'épisode délirant.

Il se plaît à raconter l'expérience qu'il a vécue.

"Il se voyait dans un aquarium avec de grosses bêtes, des crevettes monstres qui s'entre-dévoraient.

La veille au soir, il avait l'impression que les médecins et les infirmiers étaient des gangsters qui l'avaient kidnappé. Il n'était plus à l'hôpital. On voulait le tuer ; il les entendait parler et les voyait mais pas comme au cinéma, sur un écran, mais comme si c'était réel."

Il reconnait que c'était de la "science fiction".

Il voyait des maisons d'habitation de plusieurs étages déplacées par des hélicoptères qui descendaient dans un souterrain. Lui, était à chaque fois dans celui qui descendait.

Quand il a voulu fuir, c'était pour se sauver des mains de ses ravisseurs.

Le 27 mai, il reconnait que tout cela n'était pas et qu'il s'agissait d'hallucinations.

"Peut-être à cause de ma tentative de suicide ?"

Le 29 mai, il accepte de parler de sa tentative de suicide.

"J'en avais assez. La vie est sans intérêt.

Ma vie n'était pas particulière. Les jours se ressemblent toujours.

Progressivement, depuis des années, je m'ennuyais.

Je ne peux pas dire ce que je ressentais. Je ne voyais pas ce que c'était. Maintenant je vois et crois que c'était ça.

Je pensais bien le faire un jour, mais n'avais pas fixé de jour précis. Je pensais y rester.

Je ne sais pas ce qu'il faut penser. Je n'y pense plus."

Son attitude est guindée, inhibée ; il reste énigmatique sur les motifs de sa tentative de suicide et tend à banaliser dans ses rapports avec ses parents.

Le 31 mai, il a quitté le service des psychoses et est revenu au service des premiers jours. Il pense avoir gardé quelques souvenirs vagues du service, parle plus spontanément mais se retranche volontiers derrière des formulations telles que

"Je ne sais pas".

"C'est difficile".

"J'ai oublié".

Dans les jours qui suivent, il occupe le temps passé au

Quand il a voulu fuir, c'était pour se sauver des mains de ses ravisseurs.

Le 27 mai, il reconnait que tout cela n'était pas et qu'il s'agissait d'hallucinations.

"Peut-être à cause de ma tentative de suicide ?"

Le 29 mai, il accepte de parler de sa tentative de suicide.

"J'en avais assez. La vie est sans intérêt.

Ma vie n'était pas particulière. Les jours se ressemblent toujours.

Progressivement, depuis des années, je m'ennuyais.

Je ne peux pas dire ce que je ressentais. Je ne voyais pas ce que c'était. Maintenant je vois et crois que c'était ça.

Je pensais bien le faire un jour, mais n'avais pas fixé de jour précis. Je pensais y rester.

Je ne sais pas ce qu'il faut penser. Je n'y pense plus."

Son attitude est guindée, inhibée ; il reste énigmatique sur les motifs de sa tentative de suicide et tend à banaliser dans ses rapports avec ses parents.

Le 31 mai, il a quitté le service des psychoses et est revenu au service des premiers jours. Il pense avoir gardé quelques souvenirs vagues du service, parle plus spontanément mais se retranche volontiers derrière des formulations telles que

"Je ne sais pas".

"C'est difficile".

"J'ai oublié".

Dans les jours qui suivent, il occupe le temps passé au

service en tenant un cahier de "science fiction" créant des histoires et des personnages futuristes.
Il ne précisera à aucun moment les raisons de sa tentative de suicide, refusant d'en parler, se retranchant derrière la formule utilisée au moment du réveil.

"Ca n'était pas agréable", sans qu'il soit possible d'approffondir davantage.

Le 13 juin, Hervé est transféré à la Clinique Oto-Rhino-Laryngologique, l'intubation ayant provoqué des lésions au niveau des cordes vocales.

- Tests psychologiques :

Rorschach le 4 juin : traits schizoïdes et hyperémotivité marquée. Les mécanismes de défense sont de type phobique-obsessionnel.

- Diagnostic :

Il est difficile de porter un diagnostic de névrose ou de psychose structurée chez un adolescent, néanmoins, on peut noter des mécanismes de défense obsessionnels (collection d'insectes, de choses vivantes qu'on tue), un refuge dans l'imaginaire avec la création d'histoires et de personnages de science-fiction, un certain degré d'ambivalence, d'indifférence affective exprimée par les formules "Je ne sais pas, ça n'était pas agréable".

L'éclosion de la bouffée délirante dans les jours qui ont suivi la tentative de suicide avec ses mécanismes interprétatifs à thème de persécution, permet de soulever le problème de la paranoïa sensitive. La tentative de suicide, se situant au moment d'un épisode dépressif grave, réactionnel.

- Commentaires psychopathologiques :

La tentative de suicide est assimilée à une tentative de dégagement du couple parental pathologique.

Un Oedipe sans castrateur pose ici le problème de la psychose. Le rejet du père par la mère situe dès le départ, l'enfant dans une situation mensongère.

OBSERVATION N° 8

Daniel H., 17 ans, est hospitalisé en Réanimation le 13 juin 1967 pour une tentative de suicide par ingestion volontaire de 4 g d'Optalidon.
En coma stade II, à l'admission, il reprend conscience après 48 heures, le 15 juin.

- Histoire de la tentative de suicide :

Il est découvert le 13 juin par Police Secours, étendu par terre dans un parc. Il est confus, certifie cependant n'avoir rien pris.

Les parents, non prévenus, ne viendront donner des renseignements complémentaires que 4 jours après son admission.

- Réveil :

Le premier contact a lieu le 15 juin. Il est très agité, attaché, confus et désorienté dans le temps.

"Chut ! Ca va mal !"

Question : Comment vous appelez-vous ?

"Il y a une carte d'identité... Ah, je me rappelle plus... André (en réalité, prénom du père).

Question : Où êtes-vous ?

"A l'hôpital, si je ne me trompe pas...
En tout cas, c'est merde.
Ca y est, ça recommence : j'ai mal au ventre.
Surtout au pied... regarde donc.
Ah non ! Pas de piqûres."

(Une infirmière lui prend le thermomètre).

"C'est mieux.

Au fait comment je suis venu ?

Je crois, si je me trompe... je me rappelle plus.

Ah non ! Pas de piqûres.

Dites, est-ce que vous auriez un peu d'eau parce que j'ai soif, parce que pendant deux jours j'étais dans le coma. Je l'ai su.

Enfin quoi, on est mercredi.

Est-ce que mes parents le savent. Mercredi je me suis levé à 7 heures et je suis tombé.

Est-ce que mes parents savent que je suis ici ?"

Question : Je ne sais pas.

"Ah ! tant pis.

Quand mon père l'a vu, il a dit que ce n'est pas normal.

Ah non ! Pas de piqûres.

J'avais mal à la tête. J'ai cru que j'allais mourir.

Quelqu'un m'a ramassé.

Ah ! Pas de piqûres.

J'ai mal à l'estomac.

Ah mieux vaut mourir que la douleur.

Regarde là (il montre son poignet gauche où se trouve une cicatrice)... c'était il y a trois semaines.

Vous croyez que je pourrais marcher maintenant ?

Au fait quelle heure est-il ?

Ca, c'est des histoires de bandes, j'en avais marre.

Mieux vaut mourir que la douleur.

Vous pourriez pas enlever la jambe ? Je peux pas bouger.

Ah zut ! mes parents qu'est-ce qu'ils vont dire que je suis pas rentré de deux jours.

Quand je me suis réveillé, j'ai voulu mourir de douleur.

Ah ! Pas de piqûres.

Quelqu'un est vemu et m'a ramassé, alors je me rappelle plus.

J'ai froid...

J'étais dans un lit...

Les Docteurs m'ont examiné. J'ai eu 36 piqûres, je me rappelle plus."

Question : Comment s'appelaient ces comprimés ?

"Je me rappelle plus."

Le malade est transféré le 16 juin à la Clinique Psychiatrique.

- Antécédents héréditaires et collatéraux :

Le père, agent d'enquêtes, est diabétique.

La mère, pour "s'occuper" gardait des enfants.

Le malade est l'aîné d'une fratrie de deux et a un frère de 12 ans.

- Biographie :

La petite enfance se déroule sans particularités, l'enfant était cependant très gâté par ses grands-parents.

La scolarité se fait normalement de 6 à 15 ans mais sans gloire. Le malade échoue au CEP.

A la sortie de l'école, il va occuper successivement sept emplois, les uns pendant quelques jours, voire

quelques heures, d'autres pendant 4 à 6 mois.

En 1966, il fait deux fugues qui amènent les parents à en référer devant le Juge des Enfants. Au courant du mois de Septembre 1966, il est inculpé de grivèleries, vols et recels d'objets de buvettes, défaut d'assurance. Placé au Centre d'Observation du Château d'Angleterre en Décembre, puis en maison d'arrêt pendant trois mois, il est, au moment de son hospitalisation, en liberté surveillée jusqu'à l'âge de 21 ans.

- Evolution :

Le 16 juin, il est encore confus, refuse d'évoquer ses souvenirs, ne s'inquiétant que de ses parents.

Le 17 juin, il ne se souvient de rien. Il s'est réveillé très étonné dans un lit d'hôpital et a vu des infirmières.

Aucun souvenir avant l'admission. Il n'a pas pris de comprimés. Il est totalement indifférent à l'ambiance qui l'entoure.

Le 20 juin, il est bien orienté, mais refuse de croire qu'il a fait une tentative de suicide.

Il y a un "trou" dans ses souvenirs, mais il refuse qu'on l'aide à chercher.

Il n'a jamais rien fait sauf "ça" ! La marque qu'il porte au poignet gauche (première tentative de suicide il y a trois semaines).

Il veut rentrer chez ses parents parce qu'au service "Il n'y a pas d'ambiance".

Il y a bien quelque chose de changer, mais il ne saisit pas le "truc".

Pendant l'entretien, il est plié en deux sur sa chaise ; les yeux baissés.

Le 22 juin, il lui est possible d'évoquer les divers emplois qu'il a occupé avant d'être hospitalisé.

Il ne veut pas savoir ce qui l'a amené ici.

Mais il se souvient d'avoir pris son vélo, à moitié endormi, mais ne sait pas pour quelle destination.

Des barbituriques dans les veines ? Il ne sait pas comment ils y sont arrivés.

Le 27 juin, il évoque pour la première fois depuis son réveil sa tentative de suicide. A 20 heures, la veille de son admission en Réanimation, il a pris des comprimés, 20, puis s'est endormi. Le lendemain, il divaguait mais a pris son vélo et a quitté la maison. Après, il n'a plus aucun souvenir.

Il ne pensait pas que 20 comprimés feraient cet effet. Au réveil, il a vu qu'il était à l'hôpital "par le lit et la bouteille qui coulait".

Il se souvient qu'au début de l'hospitalisation, il avait l'impression qu'on lui cachait quelque chose.

Pendant l'entretien, il est plus calme, s'exprime plus facilement, sans s'agiter de façon désordonnée sur sa chaise.

Le 7 juillet, il se dit "content de lui" et veut rentrer à la maison.

Les raisons de sa tentative de suicide ? Il avait une fois de plus quitté son emploi.

Pourquoi ? " Pas envie d'y aller."

Il ne sait pas s'il a pris des comprimés pour se suicider.

"Tout va bien" les gens en Psychiatrie sont trop "nerveux" pour lui et il désire rentrer chez lui.

A toute question précise, il répond par un "Je ne sais pas."

Il est transféré le 8 juillet 1967 à l'Hôpital Psychiatrique de Stéphansfeld.

- Tests psychologiques :

Rorschach le 20 juin : pratiquement aucune réponse.

- Diagnostic :

Contrairement aux autres malades, il n'y a eu dans ce cas, aucune allusion possible à la tentative de suicide et peut-être même aucun souvenir. Pendant les premiers jours de l'hospitalisation, on notait un mutisme partiel ou des réponses stéréotypées telles que "Je ne me souviens plus." Une ébauche de délire était perçue : on lui avait injectée des barbituriques retrouvés dans son sang, on lui cache quelque chose, ce sont des histoires de gendarmes. Il était apragmatique, totalement indifférent à l'atmosphère du service. Le diagnostic posé était celui de schizophrénie.

- Commentaires psychopathologiques :

Il indique au réveil le prénom de son père malade au lieu du sien. Il échange son prénom Daniel -qui d'après l'origine hébraïque signifie "Dieu m'a condamné"- contre le prénom de son père André.

On comprend le désir de perdre un nom si lourd à porter même contre un nom à double consonnance.

OBSERVATION N° 9

Patricia J., 15 ans, est admise le 26 octobre 1967 en Réanimation pour une tentative de suicide par ingestion volontaire de 5 g de Phénobarbital et d'une dizaine de comprimés d'Optalidon.
En coma profond pendant 36 heures, elle se réveille le 27 au soir.

- Histoire de la tentative de suicide :

Réprimandée par sa mère pour être sortie sans sa permission, elle absorbe le toxique la veille de son admission à l'hôpital. Le 26 au matin, elle est prise de malaises, sombre peu à peu dans le coma sans avouer ce qu'elle a fait. On découvre par hasard un tube de Gardénal vide.

- Réveil :

La malade est agitée, attachée et a passé l'après-midi à crier et appeler sa mère.

"Bonjour, me rappelle pas de vous.

Je ne sais pas où je suis... on m'a dit à l'hôpital... pris des cachets... voulais me suicider.

Je ne sais pas pourquoi.

J'en ai pris plein, puis j'ai dormi et je me suis réveillée et j'en ai repris. Après je ne sais plus.

Me rappelle qu'on m'a dit arrête ! arrête !

Qu'est-ce que c'est ça ? (montre le flacon de perfusion).

On m'a dit que c'était pour me faire boire.

Quand je me suis réveillée, la demoiselle est venue me faire ça (elle montre son bras).

J'ai pensé : où j'étais, qu'est-ce que je faisais là, quand j'allais m'en aller... à ma mère, qu'est-ce qu'elle faisait (pleure). C'est tout.

Ma mère, qu'est-ce qu'elle va dire. Je voulais mourir, je ne sais pas pourquoi.

Je me suis disputée avec elle. J'ai reçu une gifle.

Je n'ai rien dit mais j'ai prévenu mes amis qu'ils ne me reverraient pas.

Je n'avais pas été giflée depuis l'âge de trois ans.

Laissez-moi tranquille, je voudrais dormir, mais je ne peux pas.

Les demoiselles passent sans arrêt.

Je recommencerais, j'en ai assez d'être sur la terre.

J'ai pris des comprimés. Je pensais me suicider depuis quelques temps déjà.

Je n'aurais peut-être pas dû le faire, mais je ne le regrette pas.

Vous avez encore vos parents vous ?

Vous avez de la chance.

Je suis toute mouillée là... je suis attachée.

Leur ai pas demander de m'attacher."

Elle est transférée le même jour à la Clinique Psychiatrique. Elle est désorientée et répète "où suis-je ? Quelle heure est-il ? Quel jour ?" et sanglote.

On lui a dit qu'on lui parlera quand elle cessera

de pleurer ; elle s'arrête "Je vous écoute... c'est fini."

- Antécédents héréditaires et collatéraux :

Les parents de la malade étaient propriétaires d'un restaurant à Alger. Rapatriés en 1960, ils habitent Strasbourg depuis mars 1967 et exercent toujours leur métier de restaurateur.

La mère a 45 ans, sévère, rigide, pleine de principes. A fait en 1963 une "dépression nerveuse".

Le père a 50 ans, autoritaire, tient à ce que ses enfants soient disciplinés.

La malade a deux frères aînés.

- Biographie :

Enfant turbulente, elle est élevée par une voisine de ses parents, dame âgée, qui la garde pendant que le père et la mère travaillent.

La scolarité est normale. La malade a réussi son CEP et suit des cours par correspondance en attendant ses 17 ans pour entrer à l'Ecole d'Infirmières "pour sauver les gens".

- Evolution :

Le 29 octobre, elle est souriante, bien orientée dans le temps et l'espace et a questionné ses voisins de chambre sur les médecins, leurs noms, les habitudes du service.

Au cours de la visite, elle nous demande d'emblée "Tiens ! comment ça va ?

Je sais que vous êtes une doctoresse. Vous êtes venue hier, vous m'avez demandé comment ça va.

Je sais que vous êtes venue, que vous avez pris un tabouret et que vous m'avez posé des questions ; mais je ne sais plus quoi.

J'ai pris du Gardénal et après on m'a fait vomir.

Qu'est-ce que vous m'avez fait dans les jambes ?"

Le 29 octobre 1967, au cours d'un premier entretien au bureau, elle peut évoquer ses souvenirs de réanimation.

Elle s'est débattue et a frappé une "soeur" à lunettes. On lui a fait une prise de sang puis on l'a changée et elle a dormi.

Puis on l'a mise dans une ambulance et on lui a raconté qu'on allait lui faire un "lavage mental".

Elle a avalé ses comprimés parce qu'elle s'était disputée avec sa mère et craignait au réveil les réactions de celle-ci. "Maintenant c'est fini".

Le 30 octobre, elle nous dit être très nerveuse "comme sa mère et méchante comme sa grand'mère", recommencera une nouvelle tentative si sa mère ne cède pas et ne la laisse pas sortir.

Le 2 novembre, elle se présente détendue, spontanée mais instable, sujette aux crises de "cafard" et envisage encore de se suicider. "Ce sont des idées qui viennent brusquement et je ne sais pas pourquoi."

Le 5 novembre, la présentation est nettement plus hystérique. Elle n'a plus d'idées de suicide, ne veut plus entendre parler de tout cela.

Elle quitte le service le 7 novembre.

Convoquée à nouveau pour le 9 novembre, elle se présente "outrageusement" fardée et malgré un sourire de façade, on note l'apparition de nouveaux éléments dépressifs.

- Tests psychologiques :

Z projectif au réveil : refus.

Rorschach le 3 novembre : éléments dépressifs chez une personnalité présentant des traits névrotiques de type hystérique.

- Diagnostic :

Il est important de noter la relation ludique qui s'est établie d'emblée au réveil avec cette adolescente spontanée, très enjouée, théâtrale par moments ; l'on pouvait noter une alternance de périodes dépressives et de phases hypomaniaques.

La personnalité de la malade encore mal structurée, pouvait néanmoins évoquer un processus névrotique avec mécanismes de défense de type hystérique.

- Commentaires psychopathologiques :

Le suicide prend une importance ici par son rôle "moyen de pression" sur la mère qui entrave la liberté de sa fille.

Le suicide est vengeance et sanction. Il aurait pu réussir et peut désormais être utilisé comme menace-chantage : elle recommencera si sa mère ne la laisse pas sortir.

OBSERVATION N° 10

Alain B., 18 ans, est hospitalisé en Réanimation le 18 octobre 1967 pour une tentative de suicide par ingestion d'une vingtaine de comprimés d'Amobarbital et Sécobarbital. En coma profond, stade IV, pendant quatre jours, il se réveille le 21 octobre au matin.

- Histoire de la tentative de suicide :

Ayant fait la connaissance un mois auparavant d'un jeune homme connu pour ses tendances homosexuelles, il réalise avec lui une relation homosexuelle où il a le rôle passif, le jour de sa tentative de suicide. Rentré chez lui, il se regarde dans un miroir puis avale les comprimés.

- Réveil :

Le 21 octobre au matin, il est agité et fait des bonds désordonnés dans son lit. Il n'est pas attaché mais les barreaux du lit l'empêchent de tomber. Il est souriant, très "séducteur". Il "attaque" d'emblée.

"Tu permets que je te tutoies.

Je voudrais savoir si tu pars... Tu veux m'emmener ? Faire une commission... rentrer chez moi, pas longtemps, puis revenir ici...

Ici. Je ne sais pas où. On ne me l'a pas dit" (il se tourne vers la fenêtre) "Oh ! une maison."

"Je m'appelle Alain, j'ai 19 ans.

Oui je me suis suicidé hier soir."
L'entretien est interrompu par les médecins du service qui l'auscultent et l'interrogent. A leur départ, il reprend d'emblée :

"On en était quelque part !... oui je me suis suicidé. J'ai soif... avec quoi, je ne sais pas... médicaments pris dans la pharmacie de mes parents.

J'en avais marre... Je ne peux pas raconter ce qui s'est passé chronologiquement."

Il se met à pleurer.

Question : Pourquoi pleurez-vous ?

"Est-ce que j'ai des taches dans la figure ?

J'ai mal... des taches, comme des "bleus," des éraflures, comme si on m'avait tapé."
A nouveau souriant, il se met à quatre pattes.

"Grâce à vous, parce que l'autre infirmière était méchante, elle m'a tapé.

Je ne voulais pas obéir. Elle m'ordonnait de me mettre au lit.

Où êtes-vous ? Dites-moi quel hôpital ?

C'est normal, j'ai mal dans les bras, les jambes, je ne peux plus parler.

Pourquoi ?... Vous voulez le savoir ?

Ca me fait mal... nulle part.

Je suis en Première année de Droit.

Mes parents... deux (il rit). Ca m'énerve, de rester au lit. Je ne suis pas d'un caractère patient... Au naturel ?

Je suis impulsif. Italien... mes parents Français...

Je voudrais être Italien. L'Italie c'est un

Oui je me suis suicidé hier soir."
L'entretien est interrompu par les médecins du service qui l'auscultent et l'interrogent. A leur départ, il reprend d'emblée :

"On en était quelque part !... oui je me suis suicidé. J'ai soif... avec quoi, je ne sais pas... médicaments pris dans la pharmacie de mes parents.

J'en avais marre... Je ne peux pas raconter ce qui s'est passé chronologiquement."

Il se met à pleurer.

Question : Pourquoi pleurez-vous ?

"Est-ce que j'ai des taches dans la figure ?

J'ai mal... des taches, comme des "bleus," des éraflures, comme si on m'avait tapé."
A nouveau souriant, il se met à quatre pattes.

"Grâce à vous, parce que l'autre infirmière était méchante, elle m'a tapé.

Je ne voulais pas obéir. Elle m'ordonnait de me mettre au lit.

Où êtes-vous ? Dites-moi quel hôpital ?

C'est normal, j'ai mal dans les bras, les jambes, je ne peux plus parler.

Pourquoi ?... Vous voulez le savoir ?

Ca me fait mal... nulle part.

Je suis en Première année de Droit.

Mes parents... deux (il rit). Ca m'énerve, de rester au lit. Je ne suis pas d'un caractère patient... Au naturel ?

Je suis impulsif. Italien... mes parents Français...

Je voudrais être Italien. L'Italie c'est un

paradis. J'ai mon coeur en Italie."
Il se couche sur le dos, bras croisés sur la poitrine, puis se redresse, se retrouve à quatre pattes et met la tête entre les bras.

"Je me regarde... à quoi je ressemble... à un garçon normalement constitué... Je ne le suis pas trop tard... Pourquoi je suis ici ? Pourquoi ma mère ne vient pas ? (Il pleure). Pourquoi ma mère ne vient pas ?

Ce n'était pas un jeu. C'était pire.

Ma mère ne le savait pas.

Je ne peux pas raconter, c'est trop terrible.

J'ai soif... Donnez-moi à boire."

Question : Il n'y a pas de verre.
Il rit. "Verre, c'est si bête pour moi.

Est-ce que ma mère me cherche ?

Ma mère n'a pas les idées aussi larges et vous savez, tôt ou tard, je recommencerai ...

Surtout si je reste ici... Je ne veux pas rester ici."

Test Z : Il prend une planche "c'est le Rorschach ça ?"

"Croyez-vous que cela m'aiderait pour quelque chose ?

Jusqu'à présent, j'ai toujours été normal.

Malheureusement, je voudrais voir ma mère pour qu'elle pardonne." Il se remet à pleurer.

Le 21 octobre à 18 heures : il est plus calme.

Il prend ma main droite.

"C'est une main de femme. Je regardais si vous aviez une alliance. Vous m'aviez dit que vous aviez un enfant. Ce matin...

Ce que vous marquez, c'est pour vous ? Oui, alors ça va !

Alors comme ça vous êtes psychanalyste (!) Vous m'avez dit ça cet après-midi et ce matin.

Vous n'êtes pas venue cet après-midi ?

Alors, à croire que vous avez une jumelle."

Question : Pourquoi psychanalyste ?

"Avec des gestes aussi inconsidérés que les miens, on passe chez le psychanalyste.

Quand vous êtes venue... ce matin... Précautions élémentaires, mes lunettes la prochaine fois que vous viendrez (il cherche ses lunettes).

Mes comprimés étaient dans la poche de mon pyjama.

Je les ai mis avant de dormir.

Ca me dégoûte le goût que ça avait. Je n'ai jamais rien mangé d'aussi affreux.

Pour faire passer... un litre de jus de pommes.

Quatre jours que je suis là... Le jour de l'anniversaire de ma mère... grand'mère. Mercredi.

Je vous l'ai dit ce matin... pour oublier... un gars...

Je ne pouvais supporter cette honte.

J'avais un ami, il m'a emmené chez lui.

Que pensez-vous ?...

Je n'aime pas le dire... deux hommes ensemble, que peut-il se passer d'anormal ?

Je le connaissais depuis un mois. Mercredi il m'a emmené chez lui... Voilà.

Je suis rentré chez moi, je me suis regardé dans une glace. Je ne pouvais plus me voir. J'ai écrit à une amie, au gars et j'ai pris les comprimés.

Je suis impulsif, irréfléchi, spontané et anxieux.
Mes parents vont venir ?
Mon père, c'est moi physiquement... Ah non, je ne veux pas être mon père..."

Question : Pourquoi ?
"C'est le complexe d'Oedipe !
Je ne l'aime pas.
Ma mère je l'adore pour deux, forcément...
On se comprend, on les mêmes idées.
Vous reviendrez ?"

Le malade est transféré dans la soirée, à la Clinique Psychiatrique.

- Antécédents héréditaires et collatéraux :

Le père est officier de police (aimerait reprendre son fils pour le soustraire au milieu de la Clinique et pour sa femme qui est sur le point "d'entrer en dépression"), sévère. Il raconte à son fils des histoires de meurtres et de suicides.

La mère, douce et conciliante, paraît complice des "jeux"de son fils. Organise pour lui et ses amies des goûters dans l'appartement familial. Passe les gâteaux et laisse faire. Le "couve".

Le malade a une soeur de 20 ans qui fait des études de Lettres.

- Biographie :

Il n'y a rien à signaler dans l'enfance du malade. La scolarité est normale. Il n'est pas un "aigle" mais ça va pourtant. Seul échec à cause de sa nervosité, le baccalauréat en juin. Réussi en septembre, il commence ses

études de Droit. Il veut faire comme son père, commissaire ou mieux. Il a déjà fait des "dépressions" pour "chagrins d'amour". Ses petites amies sont nombreuses. L'une d'elles lui avait conseillé de prendre un ami, elle même ayant déjà la sienne. "A quatre on s'amuse." Hétérosexuel jusqu'à ce 21 octobre. Premières liaisons à 15 ans.

- Evolution :

Le 22 octobre, il est bien orienté, bien adapté à l'atmosphère du service. Un peu hébété, la démarche titubante. Il taxe sa tentative de suicide "d'inconsidérée" et "d'idiote". Il a manqué de réflexion et ne recommencera plus. Mais on ne sait s'il s'agit de la tentative de suicide ou de ses relations avec son ami.

Il ne pense pas qu'on puisse l'aider.

Le soir du 22 octobre, il entre souriant dans le bureau et demande à être logé à côté d'un malade italien qu'il croit avoir reconnu. Sans attendre, il se couche sur le lit voisin de celui de ce malade et n'en bouge plus.

"Depuis aujourd'hui, mon caractère et mes idées ont changé. Je ne suis plus le même". En fait il est ambivalent. La mimique est riche mais souvent inadéquate.

Le 23 octobre, il avoue avoir parlé avec une amie bien avant sa tentative de suicide, de ce qu'il fallait prendre pour "ne pas se rater". Ils étaient tombés d'accord sur l'Imménoctal. Cette fille, raconte-t-il aussi, ne parle que de cercueils et de suicides.

"Elle ne m'a pas empêché. Elle me comprenait. Elle est morose, elle aussi."

L'ami homosexuel, Italien, est beau, cultivé, intelligent. Ne se croyait pas capable d'avoir des relations

avec un homme. En a pleuré sur le coup.

Le 26 octobre, il a un sourire béat. Sa mère lui a dit qu'il avait encore quelque chose à dire au médecin. Il pense lui, avoir tout dit. Il refuse les cachets du soir. "Ca me fait saigner et je rêve : j'étais à la mission italienne, je voulais uriner et je ne pouvais pas. C'est ridicule non ?"

Ce qu'il pense de tout ce qu'il a raconté :
"Du vice ? Non ! quand on aime pourquoi pas !
C'est égal qui ? Non ?"

Ses lectures favorites : des ouvrages de sexologie,
Freud,
et aussi Gide, Sartre et Camus.

Il pense être fou quelquefois, quand il rit bêtement. Pense avoir tous les symptomes ; par exemple il a dit à sa mère qu'il avait le système nerveux atrophié, le cerveau dérangé, des hormones qui ne marchaient plus. Pourquoi ? "Pour étonner ma mère et l'inquiéter."

Sa présentation est moins dissociée. Il est très "séducteur" et prend plaisir à étaler ses connaissances, à parler de lui.

Le 27 octobre, sa tentative de suicide "lui a appris quelque chose en tous cas..."

"Je ne sais pas... que c'est beau la vie."

Cette expérience homosexuelle ? "Pour lui faire plaisir et voir ce que c'était."

Il ne veut plus recommencer.

Le 28 octobre 1967, sur l'instance de sa famille qui le voit "dépérir" au service, on décide de le laisser sortir.

Il critique sa tentative de suicide.

"J'aurais dû réfléchir avant, pour ne pas le faire. Ca ne se justifiait pas parce que je n'étais pas le premier à le faire. Ca se justifiait parce que je ne pouvais plus me regarder en face. Je me suis dégoûté de moi-même. Maintenant plus. Le temps a arrangé."

Le 9 novembre, en contrôle, il est venu de lui-même mais la mère a tenu à l'accompagner. Le sourire qu'il affiche semble plus un "tic", une façade, qu'un élément de discordance.

Il reste très ambivalent. Semble vouloir exprimer quelque chose mais en est incapable "veut et ne veut pas".

Ses premières pensées au "réveil" du coma :
"J'ai pensé à ma mère, au chagrin que je lui ai fait. Je la demandais sans cesse même pendant mon coma".

"J'étais content de la voir. Elle a pleuré et moi aussi. J'ai pensé que c'était un cauchemar. Je me suis promené dans le couloir... J'ai fait pipi au lit. J'étais attaché."
Il avait hésité à ajouter à l'Imménoctal du Nembutal : mais l'étiquette marquait septembre 1961... N'en a pas pris parce qu'ils étaient "trop vieux."

- Tests psychologiques :

Z projectif : refus.

Rorschach le 25 octobre : adolescent immature et hyperémotif aux défenses fragiles. Eléments dissiociatifs plus dans l'attitude et le discours que dans les interprétations données.

- Diagnostic :

En dehors du syndrome confusionnel habituel des réveils, ce qui était net chez ce malade, c'était l'importance de la discordance mimique. Un sourire stéréotypé accompagnait ses propos les plus anodins.

Au cours de son hospitalisation en Psychiatrie, on notait un contact pauvre, l'ambivalence du discours, une mimique riche mais fréquemment inadéquate, avec parfois un certain maniérisme dans l'attitude.

Il semble qu'on ait été en présence d'un adolescent encore très immature, présentant quelques signes hystériques avec maniérisme, mythomanie et quelques éléments mégalomaniaques. Une évolution psychotique n'était pas exclue.

- Commentaires psychopathologiques :

Le problème de l'identification sexuelle est au premier plan; à la suite de son aventure homosexuelle, le sujet ne peut plus "se regarder dans une glace" et pourtant "il ressemble à un garçon normalement constitué".

Les relations établies avec la mère semblent bien être fondées sur l'identification à la mère telle qu'on la décrite dans certaines homosexualités.

Il dit "ma mère je l'aime. On se comprend, on a les mêmes idées, la même façon de voir tous les deux."

Lorsqu'il reçoit ses amis à goûter chez lui, la mère organise la réception. "Ils sont sages, ils s'amusent..." dit-elle.

Puis survient la réalisation d'une relation homosexuelle passive.

En rentrant chez lui "il ne peut plus se voir."

"Le passage à l'acte suicidaire est la seule issue de sortie dans une impossibilité d'échapper au désir de la mère" (Mathis).

Lorsqu'il se présente à sa mère comme ayant le "système nerveux dérangé, des hormones qui ne marchent plus" c'est pour l'étonner et l'inquiéter ou lui reprocher de l'avoir fait tel qu'il est, c'est-à-dire castré.

OBSERVATION N° 11

Solange S., née le 15.12.1947, est admise le 4 novembre 1967 en Réanimation pour une tentative de suicide par ingestion de 1g de Sécobarbital et 16 g de Méthyl-propyl-propanediol-dicarbamate (Equanil).
En coma profond à l'admission, la malade émerge après 48 h., au matin du 3e jour.

- Histoire de la tentative de suicide :

Le matin du 4 novembre à la suite d'une querelle qui l'opposait à son père, querelle concernant son cheval et sa petite soeur, elle refuse de prendre son petit déjeuner puis réalise sa tentative de suicide.

- Réveil :

Le 6 novembre au matin, la malade émerge du coma. Le premier entretien a lieu en début d'après-midi. Elle est attachée, agitée, dans un lit à barreaux. Désorientée et confuse.

"Pouvez-vous me détacher un peu ?
Je ne sais pas où je suis... dans un lit.
Je veux voir ma mère."

En raison de l'agitation et de la perfusion branchée sur son bras droit, on lui passe un corset.

"Je me demande ce que je fais ici.
J'aimerais savoir ce que je fais ici...
L'Hôpital ? Comment ça se fait ?
J'ai pris quelques médicaments. De l'Imménoctal et des médicaments rouges.

Pourrais pas vous dire quand... Pourquoi ?

J'aimerais bien savoir ce que j'ai pris comme médicaments. Des Imménoctal, c'étaient des calmants."

Question : Vous êtes énervée ?

"Oui, je suis trop nerveuse. Je m'excuse mais je ne peux pas parler.

Qu'est-ce que j'ai pris comme médicaments ?

Une dizaine de calmants.

J'avais plus le drcit de faire du cheval... Mon père... parce que j'avais refusé de prendre mon petit déjeuner.

Il ne s'est rien passé. Mais non... J'avais pas pris mon petit déjeuner à cause de ma soeur. Elle n'avait pas le droit de faire du cheval si elle n'a pas pris de petit déjeuner.

J'ai trouvé cela idiot et j'ai pris des médicaments.

Je suis désolée, je ne peux plus parler.

Je suis fatiguée.

J'aime beaucoup faire du cheval.

Je ne suis pas réveillée... endormie, tout doucement.

Je me suis trouvée à l'hôpital, je l'ai dit à ma mère.

J'ai 19 ans. Je vais avoir 20 ans le 15 décembre.

J'aime un garçon. Mon père ne veut pas... parce qu'il n'a pas encore son bachot... 22 ans.

Il est très sérieux, je l'ai vu jeudi (2 novembre)."

Question : Que s'est-il passé ?

"Rien de spécial... Mon père veut un architecte... comme successeur... il est architecte.

N'en veux pas.

Il a demandé mon mariage à mon père et il a refusé... au mois de juillet.

Je le hais... je ne peux plus parler...

J'ai froid.

J'aimerais voir la bouteille... Je suis désolée, je ne la vois pas... Je veux toujours tout voir."

Question : Curieuse ?

"Oui, toujours... Pouvez-vous m'aider ?"

Question : A quoi ?

"A voir la bouteille...

Evidemment, je préfère un architecte...

Qu'est-ce que je fais ici ?"

Question : A votre avis ?

"Je ne sais pas... J'ai froid.

Mes parents ne sont pas venus ?

Couvrez-moi, s'il vous plaît.

Je voulais mourir parce que je ne pouvais plus faire de cheval. C'était complètement idiot de... me priver de petit déjeuner...

Je tiens beaucoup à ma jument (pleure)...

Je pleure... parce que je n'avais pas le droit de monter à cheval.

Vous trouvez pas cela idiot ?

Mes parents, j'espère qu'ils se sont pas dérangés...

J'aimerais bien les voir...

Pourtant, j'ai pas pris beaucoup de médicaments."

La malade est transférée le 7 novembre 1967 à la Clinique Psychiatrique.

- Antécédents héréditaires et collatéraux :

Le père, architecte, très occupé, ne passe que peu de temps en famille. Très généreux, il compense la carence affective qu'entraîne son absence par une surabondance de biens matériels.

La mère est très "nerveuse" et consacre ses journées à des occupations mondaines (thé, tennis, esthéticienne).

La malade avait un frère jumeau décédé d'hémorragie méningée trois jours après la naissance. Elle a une soeur cadette de 16 ans.

- Biographie :

La malade passe les trois premiers mois de sa vie en couveuse. Fréquemment malade, son enfance est ponctuée de consultations médicales et de séjours en stations climatiques.

La scolarité est médiocre ; de santé déficiente, la jeune fille poursuit difficilement ses études. Mise en pension à l'âge de 13 ans ½, elle quitte le Collège à 18 ans à la suite d'un épisode dépressif (agitation psychomotrice, irritabilité, crises de larmes, insomnie, anorexie).

En 1966, elle échoue au concours d'entrée des Arts Décoratifs et après quelques mois d'apprentissage à l'école Berlitz entre à l'étude de son père comme secrétaire.

- Evolution :

Le 7 novembre 1967, la malade est encore très confuse, désorientée dans le temps. Elle est fébrile et souffre d'un début de broncho-pneumonie.

Question : Comment allez-vous ?

"Pas trop bien... Dans quelques jours cela ira mieux."

Question : Où êtes-vous ?

"Ostwald... C'est un bled perdu... enfin pas tellement avec ma voiture... J'étais en Réanimation, dans le coma pendant trois jours."

Question : Et ici ?

"Attendez !... au Centre de Psychanalyse... Les Messieurs qui m'ont amenée avec la camionnette me l'ont dit... Ca m'a fait un effet bizarre... Je croyais rencontrer des fous partout... des gens pas normaux. Mais ils ont l'air normaux, simplement fatigués...

Je ne comprends pas pourquoi je suis à l'Hôpital.

J'avais pris quelques pilules, c'est sans importance.

On aurait pu me vider l'estomac... Les Imménoctal, quinze d'autres... si je me rappelais... Je suis toute mélangée... c'est des médicaments rose-bonbon. Des Névrovitamines que je prends fréquemment à cause de mes nerfs... Maman aussi en prend."

Question : Vous êtes nerveuse ?

"Oui, Maman aussi... c'est la pire idiotie à faire...

Je vous reconnais... vous étiez en Réanimation,

la nuit où je me sentais très mal. Le vendredi soir, vous m'avez attachée les mains et les pieds. Mais je vous ai vu avec Yulika... une étudiante en médecine que j'aime beaucoup.

C'est bête cette histoire... mon père voulait vendre mon cheval parce que je ne voulais pas prendre mon petit déjeuner, et ma soeur ne devait pas faire de cheval.

Il voulait me vendre... le cheval.

Je m'excuse mais j'ai l'esprit pas très clair...

Ce n'est pas la peine de lui dire à mon père, il serait encore plus fâché.

Je le vois rarement... Il est souvent en voyage.

Est-ce que je pourrais boire quelque chose, parce qu'avec tous les médicaments qu'on m'a ingurgitée.

Je me suis réveillée et on m'a donnée à boire, deux, trois fois, comme ça. Yulika m'a donnée une pomme coupée en petits morceaux. J'en ai encore un.

C'est dégoûtant, je suis sale, comme je ne l'ai jamais été... Vous n'avez pas raconté tout à mon père ? Je vous en remercie."

Question : Vous avez peur de votre père ?

"Oui, il me bat parfois... il veut que j'épouse un architecte... et je n'en veux pas.

C'est compliqué comme histoire...

J'espère que vous ne direz pas tout ça à personne ?"

Le 8 novembre, elle n'est plus confuse, mais encore désorientée dans le temps et ne se souvient plus de ce qu'elle a dit les jours précédents... pas même de la visite des médecins, quelques minutes plus tôt.

Elle pense être en Neurologie ou dans un service

spécial.

"On est le 5 octobre 1967... Je pourrais sortir fin de la semaine ?

C'est vrai que j'étais dans le coma ?

Ce n'était pas mon intention... Je voulais faire peur à mes parents pour qu'ils ne vendent pas ma jument. C'est idiot. Ils ont dû avoir des soucis."
Quelques instants plus tard, elle se promène dans les couloirs : "Je visite les lieux"...

Le 9 novembre 1967, elle est totalement consciente, bien orientée, ayant totalement oublié ce qui s'est passé jusqu'à ce jour, mis à part son réveil en Réanimation.

Elle se sent mieux. Trouve les gens sympathiques dans le service.

Sa tentative de suicide ? Elle n'a pas bien réalisé ce qu'elle faisait "C'était un automatisme."

Son réveil ? Elle ne se rappelait pas ce qu'elle avait fait mais s'est rendue compte qu'elle était à l'hôpital : "A cause d'une dame... son lit roulant avait des tas de tubes partout. Et aussi à cause des personnes en blanc. On m'a attachée. Je me suis débattue. On m'a donné du café, on m'a sondée, on m'a mis des choses sur la tête. Je me suis rendormie et retrouvée dans une autre chambre. La nuit, j'ai parlé, je croyais que ma mère était près de moi. J'ai pleuré... dans une chambre à trois, puis deux messieurs m'ont emmenée sur un chariot en Psychiatrie."
Elle pensait se rétablir vite, parce que le lundi 6 novembre, elle devait aller à l'enterrement de son grand-père paternel.

"Ce n'est pas que j'y tienne mais cela ferait plaisir à mon père."

Le 10 novembre 1967, elle délaisse sa robe de chambre pour une tenue plus habillée, se maquille et se coiffe.

Elle est plus réticente à parler, trouve "absurde" ce qu'elle a fait.

Un entretien avec le père, le même jour nous apprend qu'il avait décidé de vendre la jument de sa fille parce que c'était le seul moyen de pression qu'il possédait sur elle, et de l'envoyer dans une autre entreprise pour y travailler.

Par ailleurs, il reconnait qu'après la mort du frère jumeau de la malade, il aurait aimé avoir un autre fils "comme successeur" ou "à défaut" qu'une de ses filles deviennent architecte comme lui.

Le 12 novembre 1967, Solange reconnait qu'elle est renfermée.

"Je ne parle pas trop à mes parents. J'étais longtemps en pension.

Mon père aurait voulu un successeur, un garçon, surtout depuis la mort de mon frère jumeau.

J'aurais voulu lui obéir, mais je n'avais pas la santé.

Avant cela, mon père comptait sur moi. Maintenant il pense à ma soeur... Comme tous les parents, ils n'ont pas le temps de s'occuper des enfants."

Le 14 novembre 1967, oppositionniste et agressive, elle revendique sa sortie.

"Mon père a reconnu ses torts. Il accepte de voir le jeune homme avec qui je sors..."

Elle quitte le service le jour suivant.

- Tests psychologiques :

Rorschach du 10 novembre : personnalité hystérique schizoïde. Les défenses sont fragiles, liées à une charge d'impulsivité sous-jacente et à une faible capacité de contrôle émotionnel.

- Diagnostic :

Le syndrome confusionnel est très important chez cette malade, se prolongeant 48 heures après le réveil.

La très grande suggestibilité, sa présentation théâtrale, sa problématique ainsi que ses capacités d'identification, permettent de poser le diagnostic d'une structure névrotique avec forte composante hystérique.

- Commentaires psychopathologiques :

Des jumeaux, elle est celle qui est restée, alors que le frère est mort.

Elle est la seule qui ait été mise en pension.

Peu de temps avant sa tentative de suicide, le père voulait la renvoyer et vendre son cheval (cf le Petit Hans).

En fait, elle est celle, qui après avoir été investie par le père, a été ensuite éloignée du foyer familial, rejetée parce qu'elle n'était pas capable d'assurer le rôle qui lui était échu à la mort du frère.

Lorsqu'elle a occupé à nouveau une place privilégiée auprès du père, dans sa propre entreprise, ce dernier la rejette encore une fois en l'envoyant travailler ailleurs. Eliminée de la scène elle passe à l'acte.

A noter l'identification à la mère :

"... Des Névrovitamines que je prends fréquemment à cause de mes nerfs... Maman aussi en prend."

SYNTHESE DES OBSERVATIONS

I. SCENARIO DE L'ABSORPTION

Sans qu'il soit possible de parler de velléités à propos de ce mode de suicide (les doses de toxiques absorbées étaient importantes), nous voudrions néanmoins comparer ce procédé au "jeu" de hasard que l'on nomme la roulette russe, où seule une balle est contenue dans le barrillet. Il semble en effet qu'une porte soit laissée ouverte dans le scénario prévu par les malades.

Aucun de ces suicidants ne s'est éloigné suffisamment longtemps de son entourage immédiat, pour assurer la réussite du suicide. Nous n'insisterons pas sur les cas où le geste a été exécuté dans l'appartement familial ou sur un quai de gare (obs. n° 2). Bien que deux cas (obs. n° 1 - 4) semblent infirmer cette hypothèse, les malades étant toutes deux célibataires, et seules dans leur appartement au moment de leur tentative, les coutumes familiales leur permettaient d'espérer un secours. En effet, déjeunant quotidiennement chez ses parents, l'abscence d'Annelyse G. (obs. n° 1) ce jour-là, ne pouvait qu'inquiéter ses proches, et, comme chaque matin le beau-père de Jeanne W. (obs. n° 4) se rendait à l'appartement de la malade pour entretenir le chauffage, le scénario était donc de susceptible d'être interrompu.

Dans "Fragment d'une analyse d'hystérie" FREUD, rapporte que les parents de Dora avaient trouvé un jour dans le secrétaire de la jeune fille une lettre dans laquelle elle leur faisait ses adieux, disant ne plus pouvoir supporter la vie. De même, quatre de nos suicidants (obs. n° 1 -

5 - 6 - 10) avaient rédigé une lettre d'adieu à l'intention de leurs proches, lettre dans laquelle ils demandaient pardon pour le geste accompli.

Les données du réveil permettent également de supposer qu'il existe fréquemment une limite étroite, dans la pensée du suicidant, entre le désir conscient d'échapper provisoirement par le sommeil à une situation conflictuelle intolérable, et les pulsions de mort inconscientes qui "court-circuitent" ce besoin de sommeil.

"J'ai avalé, j'ai avalé, puis peu à peu l'idée d'en finir s'est installée..." (obs. n° 3).

"J'ai commencé... j'avais mal à la tête et j'ai continué de les prendre" (obs. n° 6). Par la suite, cette malade nous a même précisé avoir disposé tous les comprimés sur une table et les avoir absorbés les uns après les autres.

"La mort est à la fois lointaine et prochaine. C'est sans doute cette extrême proximité qui explique la tentation du candidat au suicide devant la fiole de poison : entre le vivant et les grands secrets de l'Au-de-là n'y aurait-il que l'épaisseur transparente de cette paroi de verre ?" (JANKELEVITCH : La Mort)

Ce mode de suicide, s'il est favorisé par la présence de drogues psychotropes dans chaque famille, permet de soulever dès à présent le problème de l'oralité donc de la relation à la mère.

"Je n'ai jamais rien mangé d'aussi affreux" (obs. n° 10).

Le choix de la voie d'administration du toxique

n'est pas fortuit. Cette absorption implique un investissement oral que celui-ci soit érotisé ou nettement moins différencié.

On peut rappeler ici certaines formes de cette érotisation orale : tendance à absorber, refus de nourriture (anorexie) et toutes les toxicomanies orales ("Drug-addiction").

Toutes les substances dangereuses absorbées par la bouche fonctionnent comme investissements de la "mauvaise" mère.

La littérature nous fournit des exemples de l'érotisation orale des substances toxiques : poison offert par les marâtres, filtres d'amour mystérieux, et c'est aussi l'investissement oral de l'invocation poétique de FAUST se saisissant de la coupe de cristal ciselé contenant le poison :

"Je te salue, fiole solitaire, que je saisis avec un pieux respect ! en toi, j'honore l'esprit de l'homme et son industrie. Remplie d'un extrait des sucs les plus doux, favorables au sommeil, tu contiens aussi toutes les forces qui donnent la mort ; accorde tes faveurs à celui qui te possède ! Je te vois, et ma douleur s'apaise ; je te saisis, et mon agitation diminue, et la tempête de mon esprit se calme peu à peu !... Sors maintenant, coupe d'un pur cristal, sors de ton vieil étui, où je t'oubliai pendant de si longues années. Tu brillais jadis au festin de mes pères, tu déridais les plus sérieux convives, qui te passaient de mains en mains : chacun se faisait un devoir, lorsque venait son tour, de célébrer en vers la beauté des ciselures qui t'environnent, et de te vider d'un seul trait. Tu me rappelles les nuits de ma jeunesse ; je ne t'offrirai

plus à aucun voisin, je ne célèbrerai plus tes ornements précieux. Voici une liqueur que je dois boire pieusement, elle te remplit de ses flots noirâtres ; je l'ai préparée, je l'ai choisie, elle sera ma boisson dernière, et je la consacre avec toute mon âme, comme libation solennelle, à l'aurore d'un jour plus beau."

Mais FAUST sera sauvé du suicide par le son des cloches de Pâques : "Quels murmures sourds, quels sons éclatants arrachent puissamment la coupe à mes lèvres altérées."

II. CLINIQUE DU REVEIL

a) Le syndrome confusionnel :

Au moment du réveil, le suicidant se trouve dans un état de profonde confusion. Une comparaison peut être établie avec le syndrome confusionnel du post-électrochoc tel qu'il a été décrit par EBTINGER : "... les malades sont d'abord obnubilés, incapables d'initiative et peuvent présenter divers automatismes... la fixation mnésique est impossible, la signification de la situation ne peut être saisie. L'orientation auto et allopsychique est très troublée... puis le champ d'intérêt s'élargit, les automatismes disparaissent, un processus de réorientation et de remémoration s'opère... tout paraît neuf, étrange, peu familier... il est classique de dire que la récupération de souvenirs va du plus ancien au plus récent... les lacunes concernent plus volontiers la période pathologique qui peut même être entièrement oubliée."

Le réveil de coma par toxiques n'est pas superposable à la phase observée dans le post-électrochoc. Cette méthode thérapeutique s'adressant exclusivement à des psychotiques. Néanmoins, le processus de restructuration de la conscience est similaire. Il suit le même ordre précis mais en un temps plus long. La récupération des coordonnées temporo-spatiales, la signification de la situation présente sont variables.

La confusion, l'obnubilation sont importantes ; la désorientation n'est très souvent que temporelle : le malade se situe rapidement à l'hôpital par son environnement, les blouses blanches et les multiples examens et

manipulations dont il est l'objet.

La fixation mnésique est défectueuse : le suicidant ne nous reconnaît que rarement lors du second entretien. Lorsqu'il se souvient de nous, ce ne sont que des images floues, une silhouette, une voix, essentiellement "quelqu'un qui m'a posé des questions". Le sens de ces questions ainsi que les réponses données n'accèdent plus à la conscience.

b) Mode d'entrée en relation avec le malade :

Mise en présence de ce malade confus, obnubilé, attaché, dont nous ne savons rien si ne ne sont les raisons de sa présence à l'hôpital, l'important est d'établir le dialogue.

Le suicidant a cependant déjà été interrogé, souvent en vain, sur les raisons de sa tentative.

Il accepte pourtant le dialogue. La relation qui s'établie alors, bien que non préparée, comporte certains éléments transférentiels, mais il paraît difficile d'en préciser les fondements.

Le coma a entraîné une régression que l'on peut qualifier de formelle c'est-à-dire le retour à des modes d'expression infantile. Dans cet état régressif, la communication ne peut s'établir que si l'interlocuteur se met à la portée du malade.

Les autres médecins sont déjà marqués par leur intervention sur le corps du malade. Il est difficile de prévoir la mesure de cette régression, mais un médecin non préparé, ne peut qu'en renforcer les barrières dressées entre le malade et lui.

Tous les efforts visant à l'accumulation des sollicitations ne peut que creuser cet écart.

Le psychiatre en respectant ces barrières, permet au sujet de s'exprimer dans le registre de son choix, sans chercher à lui donner la formulation de la conversation adulte normale.

On peut analyser les raisons de cette différence d'attitudes.

Le médecin est d'autant plus harcelant qu'il est lui-même angoissé devant ce "phénomène scandaleux du suicide". Toute sa formation l'a amené à se défendre contre les fantasmes de mort du malade. Habitué à retrouver le malade à ses côtés pour une lutte commune contre la mort, il lui paraît inadmissible de surprendre le malade du côté de la mort et luttant contre le médecin. Angoissé, il va essayer d'obtenir du malade des rassurements pour lui-même.

Le psychiatre lui, a déjà fait cette expérience et contrôle mieux sa propre angoisse.

Dans cet état régressif, les relations s'établissent souvent sur un mode ludique qui dénote la chute des résistances :

Observation n° 6 : "J'en ai marre".

Question : De quoi ?

"C'est ce que je cherche".

Question : Vous êtes mariée ?

Elle se frappe le ventre "moi, non ! je vous le dirai si je savais".

Observation n° 9 : "Qu'est-ce que c'est que ça ? (flacon de perfusion), leur ai pas demandé de m'attacher".

Observation n° 10 : "Tu permets que je te tutoie... tu veux m'emmener".

Au moment du réveil, le malade se livre sans défenses. Le désir secret, contré par les circonstances extérieures (entraînant une pression telle, qu'elle est devenue intolérable pour l'inconscient et a provoqué le passage à l'acte), ce désir surgit à l'état nu, pour être aussitôt enterré comme le secret même du malade, qu'il ne révèlera plus.

"Je suis mariée et j'ai trois enfants" (obs. n° 1).

"Mon père est rendu à la vie... non il est mort" (obs. n° 3).

"Je préférais mon père... il est mort depuis cinq ans... c'est pour cela que j'ai voulu mourir... j'étais joyeuse" (obs. n° 6).

"Il y a une carte d'identité... ah je me rappelle plus... André" (prénom du père - obs. n° 8).

"Vous avez encore vos parents vous ? Vous avez de la chance" (obs. n° 9).

"Je me regarde... à quoi je ressemble... à un garçon normalement constitué" (obs. n° 10).

"Il voulait me vendre... le cheval" (obs. n° 11).

Le psychiatre hâte ou favorise la restructuration de la conscience et le rétablissement rapide des défenses.

L' "autre" vérité n'est accessible que pendant un temps bref et bientôt recouverte par les transformations névrotiques.

c) Structure du récit :

Lorsque la sonde d'intubation trachéale vient d'être retirée, le suicidant est dysphonique et dyspnéique. Sa voix est faible, parfois réduite à un murmure dans lequel il est difficile de distinguer les mots.

Le débit est lent, saccadé, haché, fréquemment interrompu par des silences ; les phrases sont brèves, construites en général sur le mode le plus élémentaire ne comprenant que sujet, verbe, complément. Elles se succèdent mais ne sont ni coordonées, ni articulées, comme si le malade n'était plus ou pas encore capable d'élaborer une phrase plus complexe.

Le suicidant s'exprime parfois à la manière de l'enfant qui découvrant le "Je", en fait son pronom favori.

Le vocabulaire est pauvre, le mode d'expression est simplifié et plus familier :

> "j'en ai marre... je suis malade... faut pas m'excuser... je me rappelle plus... me rappelle pas... j'en ai pris plein... j'ai pas tout pris ce qu'il y a dans le flacon..."

Le retour à un langage plus archaïque est un des éléments de la régression qu'a entraîné le coma chez le suicidant.

III. CONTENU DU RECIT

a) Problématique corporelle :

Pris en charge dans son corps, le suicidant au réveil du coma, vit une expérience de dépersonnalisation, avec sentiment d'étrangeté, de bizarrerie et perturbation de l'image du corps. Il exprime des préoccupations quasi-hypocondriaques concernant son corps et le fonctionnement de ses organes.

Attentif à la moindre douleur, celle-ci est vécue comme "insupportable".

Or s'il est vrai que le malade a été intubé, qu'on a cathétérisé une veine de son bras pour le perfuser, il n'en était pas moins inconscient lors de ces diverses interventions. Si l'on admet qu'il ait pu enregistrer inconsciemment ce dont son corps était l'objet, il n'a cependant pu ressentir de douleur. On peut constater que l'intubation a laissé quelques séquelles, mais cette sensibilité n'est pas "insupportable".

Et pourtant au réveil, il "affiche" cette douleur :

"plutôt mourir que la douleur..."

"je ne recommencerai plus, le réveil est trop douloureux..."

"c'est pire un accouchement que cela ? la souffrance !"

"le réveil est trop dur... cette chose dans la bouche".

Existe-t-il une signification latente à cette douleur exhibée ? Peut-on dire que cet "insupportable" n'est

là que pour cacher la satisfaction régressive, massive, autoérotique de la réanimation elle-même, jouissance provoquée par les manipulations diverses et répétées dont leur corps est l'objet ?

Cet "insupportable" n'est-il pas plutôt la plainte (sous - tendue par un sentiment de culpabilité) destinée à séduire, à amener l'autre à un maximum d'indulgence, de sympathie, ou à se faire pardonner son agressivité contre le monde des vivants dans l'acte suicidaire ? Comme tentative d'entrée en communication, elle amène l'autre à s'identifier.

Résultat de la régression narcissique, ne peut-on aussi opposer cette douleur corporelle à la douleur morale ?

"le passage de la douleur corporelle à la douleur psychique correspond à la transformation de l'investissement narcissique en investissement d'objet" (FREUD : "Inhibition. Symptome. Angoisse.")

b) Problématique relationnelle :

La problématique relationnelle du suicidant ne peut être qu'individuelle. Cependant, au moment du réveil, cette problématique est dans son ensemble fondée sur l'ambivalence.

Le suicidant évoque son geste sur le mode de l'indifférence, sans angoisse. La mise en place du décor, des personnages de la pièce qui va se jouer, le noeud de l'intrigue avant la tombée du rideau (ou la levée du rideau sur l'autre scène), est racontée à la manière d'un spectateur. Le malade conte une histoire qui pour être la sienne,

n'en est pas moins rapportée comme concernant quelqu'un d'autre, sans participation affective.

Seule l'évocation de celui qui est "visé" dans la tentative de suicide provoque un mouvement émotionnel. L'appel à la mère est à la fois désir de la voir (pour lui offrir le spectacle de ce qu'elle a fait ?), mais aussi souhait de retarder la confrontation. Le sentiment de culpabilité croît avec la restructuration de la conscience. Mais en présence de la mère, trop effrayée elle-même et trop culpabilisée par le geste de son enfant pour émettre le moindre reproche et devant l'abscence de sanction, le malaise du suicidant augmente encore.

Aucun moment émotionnel n'accompagne l'évocation du père bien qu'il soit fréquemment celui qu'on ne peut rejoindre que par la mort.

L'ambivalence teinte également les relations établies avec le psychiatre : si celui-ci est choisi comme destinataire de la plainte (cette plainte qui dit "voyez comme je souffre", mais tait "ne me faites pas de mal") il est aussi celui qui surprend le secret du malade. Il devient à la fois complice et ennemi.

c) Fantasmatique :

Sous ce terme, nous voulons entendre l'imagerie latente ou inconsciente réveillée par l'expérience du suicide et de la réanimation.

Dans le fantasme, les images ne sont pas fortuites mais elles sont liées au désir même du sujet.

La thérapeutique réanimatrice dans son ensemble est vécue comme une agression, traumatisante, dans la mesure où elle ne s'adresse qu'au corps et transforme le suicidant

en objet, objet transpercé, que l'on remplit pour mieux le vider plus tard.

"On m'a dit que c'était pour boire" dit Patricia J. (obs. n° 9) en désignant la bouteille de sérum.

Comment ne pas évoquer les films d'épouvante devant l'image d'un sujet percé de toutes parts, par un cathéter, une sonde d'intubation trachéale et une sonde urinaire ?

Pourtant, si traumatisante qu'elle soit, cette thérapeutique est acceptée passivement. Seules quelques plaintes accompagnent cette autopunition qui semble nécessaire à la culpabilité éprouvée par le suicidant au réveil.

Deux cas font cependant exception : Georges B. (obs. n° 2) qui traitait d'emblée les médecins de "bourreaux" et "d'assassins" (et pourquoi pas de vampires ?) et Daniel H. (obs. n° 8) qui prévenait de façon stéréotypée "Ah non pas de piqûres".

Une fois réinvesti, lors de l'entretien psychiatrique, et plus tard, lorsqu'il a quitté le Pavillon de Réanimation, le suicidant se défend d'avoir "goûté" et de façon souvent masochiste, à ces plaisirs.

Les souvenirs de cette période sont fragmentaires : un thermomètre, une "chose" dans la bouche, un petit tube, une bouteille qui coule. L'ensemble est vécu comme un cauchemar (un film d'épouvante), dont il est agréable de se réveiller et qu'il est nécessaire de refouler rapidement.

Seule Patricia J. (obs. n° 9) est allée remercier l'équipe médicale du Pavillon de Réanimation "pour l'avoir si bien soignée et pour leur patience".

d) Intégration de la tentative de suicide dans la conscience du sujet :

L'intégration de la tentative de suicide se fait différemment selon chaque cas. Il suffit pour cela de reprendre le récit donné par le suicidant au réveil puis en cours d'hospitalisation en milieu psychiatrique.

Pour Annelyse G. (obs. n° 1), sa tentative était une "histoire absurde" bien qu'elle ait reconnu avoir "agi de sang froid" attendant d'être "calme et raisonnable pour prendre ces comprimés".

Dans le cas de Georges B. (obs. n° 2), la honte qui s'attache au suicide, "tache dans ma famille juive et polonaise", doit être effacée par un mensonge : "j'ai dit à Michel de raconter aux copains que j'étais mort d'une crise cardiaque".

Pour Marie S. (obs. n° 3), c'est la "fin des ennuis" et en fait une bêtise.

Jeanne W. (obs. n° 4), quelque chose de "logique" et surtout un secret à "garder tout pour moi".

Viviane D. (obs. n° 5), quelque chose d'incompréhensible.

Pour Marcelle D. (obs. n° 6), le moyen de rejoindre son père mort et finalement "c'est idiot ce que j'ai fait".

Ce qu'en pense Hervé R. (obs. n° 7) : rien ; rien non plus pour Daniel H. (obs. n° 8).

Patricia J. (obs. n° 9), ne "veut plus entendre parler de ça", mais l'envisage néanmoins comme moyen de pression sur sa mère qui "ne veut pas la laisser sortir".

Alain B. (obs. n° 10), un acte "idiot et inconsidéré" mais en fait la seule façon de "ne plus se voir".

Solange S. (obs. n° 11), un "automatisme", une chose "absurde".

De ces diverses conceptions, se dégage essentiellement le désir de minimiser le geste suicidaire par une mise à distance rapide, par l'emploi d'expressions indéfinissables : quelque chose "d'incompréhensible, d'absurde, d'idiot", ou par un refoulement immédiat.

Il apparait en fait, que les quelques paroles échappées au malade au moment du réveil, concernant sa tentative de suicide, soient la dernière parenthèse concédée, mais elle contient toute la problématique du sujet. "Tout est dit" au réveil.

Le coma qui fait suite à l'ingestion massive suicidaire de toxiques, semble agir en tant qu'autothérapie massive, permettant la libération et la mise en disponibilité de toute l'énergie libidinale du sujet.

Une comparaison peut être établie à ce propos avec les tentatives de suicide où une thérapeutique immédiate et faisant suite à l'ingestion d'une petite dose de toxiques, a permis d'éviter le coma. Légèrement obnubilé, la malade est alors très dépressif : il pleure, gémit ; seul et abandonné, il se dit incapable de vivre loin de l'objet aimé dont il ressent douloureusement la perte.

Lorsqu'il n'y a pas de coma, le sujet est resté au niveau de la perte de l'objet et le problème de la perte n'a pas évolué.

Après un coma, une régression au plus profond narcissisme a permis au sujet de se détacher de l'objet

perdu. Il se réveille donc après une expérience de renforcement narcissique.

Ce narcissisme sert d'accumulateur de libido qui pourra servir pour de nouveaux investissements.

Le travail de deuil s'est effectué pendant le coma.

"Pour ce qui est du deuil, un laps de temps est nécessaire pour exécuter dans ses moindres détails l'ordre imposé par l'épreuve de la réalité et... accomplissant ce travail, le moi parvient à libérer sa libido de l'objet perdu... nous ne connaissons même pas les moyens économiques grâce auxquels le travail du deuil s'accomplit ; il est cependant possible qu'une supposition nous vienne ici en aide. La réalité prononce son verdict - l'objet n'existe plus - devant chacun des souvenirs et chacun des espoirs qui attachaient la libido à l'objet perdu, et, obligé pour ainsi dire de décider s'il veut partager le sort de celui-ci, le moi se laisse convaincre par l'ensemble des satisfactions narcissiques que lui donne le fait de rester en vie, et rompt son attachement à l'objet mort" (FREUD : Deuil et Mélancolie).

IV. ESSAI DE CATEGORISATION DES REVEILS

a) Classification :

Il peut paraître arbitraire et illusoire de tenter une classification des réveils à partir de onze cas. Néanmoins, il nous semble possible de les séparer en deux groupes, en fonction du contenu du récit et de l'intégration du rôle du médecin dans la fantasmatique personnelle du suicidant.

Pour les uns, le médecin qui interroge est menaçant, dangereux et les éléments fournis au réveil ne seront que peu élaborés ; tel est le cas d'Annelyse G. (obs. n° 1) qui se sent menacée, en prison, effrayée par les "gros yeux" du médecin ; de Georges B. (obs. n°2) qui se voit entouré d'ennemis ; de Jeanne W. (obs. n° 4) qui veut tout garder pour elle ; de Hervé R. (obs. n° 7) pour qui le médecin est méchant.

Pour les autres, le médecin est rassurant, sécurisant, le dialogue plus riche est entretenu sur le mode ludique.

b) Diagnostic :

Il est difficile de poser un diagnostic précis à partir d'un passage à l'acte et en faisant abstraction du syndrome confusionnel accompagné d'expérience de dépersonnalisation et parfois d'onirisme.

Néanmoins, en raison de l'apparence de discordance, de dissociation, de l'indifférence affective, de l'absence d'angoisse ainsi que de l'incohérence et de l'absurdité des propos, les suicidants paraissent tous psychotiques au réveil.

V. EBAUCHE DE LA STRUCTURE FAMILIALE DU MALADE

a) Les éléments réels :

La constellation familiale du suicidant est composée en général d'une mère et d'un père. Lorsque celui-ci est mort, (obs. n° 3 - 4 - 6) on peut noter la présence d'un beau-père, la mère s'étant remariée. La situation dans la fratrie est variable. Deux cas particuliers cependant : Marie S. (obs. n° 3) était fille unique et Georges B. (obs. n° 2) seul survivant d'une famille morte en déportation.

b) Les relations familiales :

"Chaque relation familiale définit un certain ensemble de droits et de devoirs : et l'absence de relation familiale ne définit pas rien, elle définit l'hostilité" (LEVI-STRAUSS).

Nous avons tenté de réunir en un tableau d'ensemble la situation sociale du suicidant, essayant de le situer dans ses rapports familiaux, professionnels et sentimentaux.

Voir tableau ci-après

	Constellation familiale	Situation professionnelle	Insertion sentimentale
obs. n° 1	Père divorcé Mère remariée Beau-père	Gérante d'un magasin d'enfants, sur le point de fermer	Rupture d'une liaison avec un homme marié
obs. n° 2	Parents morts	Vit en parasite	Nulle à notre connaissance
obs. n° 3	Père mort (suicidé) Mère remariée Beau-père	Etudiante en lettres	Fiancée
obs. n° 4	Père mort Mère remariée Beau-père invalide	Sténo-dactylo	Rupture d'une liaison avec un homme marié
obs. n° 5	Père militaire Mère	Ne travaille pas	Mariée. Le mari la traite en "enfant gâtée"
obs. n° 6	Père mort en H. P. Mère prostituée. Hospitalisée en Psychiatrie	Elève dans un Collège Technique	Se livrait à la prostitution
obs. n° 7	Père a raté sa vocation Mère	Elève de 5e	Nulle
obs. n° 8	Père malade Mère	Emplois multiples. Vient de perdre le dernier	Nulle
obs. n° 9	Père Mère (dépression nerveuse). Hospitalisée en Psychiatrie	Aide les parents restaurateurs	Nulle
obs. n° 10	Père policier Mère dépressive	Etudes de Droit	Premières relations homosexuelles
obs. n° 11	Père autoritaire Mère "mondaine"	Secrétaire. Vient d'être renvoyée de l'entreprise paternelle	Liaison avec un lycéen interdite par le père

Il ressort, en premier lieu, de ce tableau, une certaine atypie familiale ; il faut noter la multiplicité des mariages (obs. n° 1 - 3 et 4) ; la carence porte essentiellement au niveau du père : mort dans quatre cas, lorsqu'il est présent, il est malade (obs. n° 8), castré (obs. n° 7) ou autoritaire (obs. n° 5 - 10 - 11).

Du côté maternel, l'aspect pathologique est moins apparent, mais deux de ces mères ont été, une fois au moins, hospitalisées en milieu psychiatrique (obs. n° 6 et 9).

La situation professionnelle est instable (obs. n° 1 - 8 - 9 et 11) ou inexistante : étudiant (obs. 3 - 6 - 7 - 10) ou inactif (obs. n° 2 - 5).

L'insertion sentimentale apparaît fragile ou rompue. Marie S. (obs. n° 3) est fiancée mais se heurte à l'hostilité de sa future belle-mère. Quant à l'amour de Solange S. (obs. n° 11), il est frappé d'interdit par le père.

Le suicidant apparaît ainsi flotter dans un cadre social mal structuré. A des liens familiaux fragiles, il n'a pu substituer une insertion professionnelle et sentimentale plus solide.

APPROCHE PSYCHANALYTIQUE

Le passage à l'acte est l'issue d'un conflit que la pression libidinale a rendu insoutenable au point qu'une expression directe (verbale ou émotionnelle) ou symptomatique ne peut être trouvée. Le sujet est alors poussé par la dynamique inconsciente à recourir à ce troisième degré d'expression qu'est le passage à l'acte.

On peut appliquer ce terme à toute une série de phénomènes apparemment différents entre eux, tels que le passage à l'acte suicidaire, délictueux ou même psychosomatique.

Le point commun de ces diverses catégories et ce qui les distingue du symptôme, c'est que le sens auquel ils donnent issue est à tout jamais perdu pour le sujet.

Cette perte de sens est liée à un moment, où le sujet se voit dénué de toute signification pour autrui, c'est-à-dire que le support du désir d'autrui, grâce auquel le sujet maintient sa place sur la scène vitale, fait définitivement défaut.

LACAN a illustré le passage à l'acte à propos du cas d'homosexualité féminine décrit par FREUD.

On se souvient de cette jeune fille, frustrée dans son affection pour son père par la naissance d'un nouveau petit frère ; renonçant à la compétition avec la mère (Ausweichen), "elle désavoua sa féminité et essaya de caser ailleurs sa libido" et se fait "le chevalier servant d'une demi-mondaine".

Ce comportement n'est pas un passage à l'acte ; c'est un comportement symptomatique qui traduit le renoncement signalé plus haut et représente une dernière tentative de ramener l'intérêt du père, fut-ce par la provocation et le scandale.

En reprenant le détail des circonstances du suicide, on note une accumulation d'évènements dont la pression va rompre toutesles amarres vitales de la jeune fille.

Elle se promène avec son amie, et croise son père. Celui-ci les toise d'un air furieux. A cet instant précis, la jeune fille n'est donc plus soutenue que par l'intérêt ou l'illusion de l'intérêt que lui porte sa dame. C'est probablement ce que la jeune fille tente de faire comprendre à l'objet de son amour, en lui avouant que le monsieur qui vient de les croiser en leur jetant un regard si courroucé, était son père.

La situation devenant sans doute trop dangereuse ou trop menaçante pour cette dame, nommément désignée comme une "cocotte", celle-ci signifie son congé à sa jeune amie. La dernière amarre est rompue, il n'y a plus aucun désir qui la retienne sur terre.

Comme il n'y a pas de mots pour exprimer cette suppression radicale du sens, il n'y a plus de place que pour le passage à l'acte : "elle se précipita sur les rails du chemin de fer de Ceinture". Ce sens ne sera pas perdu pour l'inconscient mais son accès est rendu plus ou moins infranchissable.

On peut se demander si le cas de Solange S. (obs. n° 11) ne vient pas illustrer ce propos : secrétaire dans l'étude de son père, la jeune fille possède un cheval qui semble être son unique passion. Ce cheval est l'unique

moyen de pression du père sur sa fille. Une première amarre est rompue lorsque le père décide de "vendre" sa fille, l'obligeant à quitter sa place à ses côtés pour travailler dans une autre entreprise. La dernière amarre se rompt, lorsqu'il prend l'initiative de vendre le cheval. Le passage à l'acte suicidaire se situe à cet instant précis.

C O N C L U S I O N

Parvenue au terme de cette étude, nous pouvons donner un aperçu du vécu du réveil et du rôle joué par le coma dans les tentatives de suicide par ingestion de toxiques.

Rappelons que ce travail portait sur onze cas admis de façon préférentielle au Service de Réanimation du Pavillon Pasteur, puis transférés à la Clinique Psychiatrique.

Nous avons pu constater qu'en dépit des conditions particulières qui présidaient au premier entretien psychiatrique (malade couché, attaché, interruptions fréquentes), le dialogue avec le suicidant était possible lorsque ce dernier pouvait s'exprimer dans le registre de son choix.

Le suicidant semble flotter dans un cadre social mal structuré : la constellation familiale est souvent atypique, la carence se situant essentiellement au niveau du père ; la situation professionnelle est instable, l'insertion sentimentale fragile ou rompue. Le mode de suicide choisi implique un investissement oral érotisé ou nettement inconscient.

Au réveil du coma, le malade est confus ; la dissolution de la conscience s'accompagne d'une profonde régression avec retour à un langage plus archaïque, établissement de relations sur un mode ludique, absence de

défenses qui permet d'accéder pendant un temps bref au secret même du malade.

L'importance de l'expression douloureuse nous a incitée à en rechercher la signification profonde : vient-elle masquer la satisfaction érotique (souvent masochiste) de la réanimation elle-même ; est-ce la plainte destinée à désarmer, à séduire autrui, la preuve de l'existence au monde, ou le résultat de la régression narcissique en opposition à la douleur morale ?

Nous avons pu noter toute l'ambivalence de la relation établie entre le suicidant et sa mère, le suicidant et nous.

Culpabilisé, le suicidant accepte ou subit la thérapeutique réanimatrice, traumatisante, comme une punition.

L'expérience vécue de la tentative de suicide est un cauchemar, le réveil en est la dernière parenthèse : le suicidant se retrouve et retrouve toutes ses potentialités. Le coma a entraîné chez le sujet une régression au plus profond narcissisme qui lui a permis de se détacher de l'objet perdu, de récupérer toute son énergie libidinale et d'en disposer pour des investissements nouveaux. Le travail de deuil s'est effectué pendant le coma.

Nous avons conclu dans l'approche psychanalytique que le passage à l'acte était un moment de l'existence qui

échappait au discours et dont le sens était à tout jamais perdu pour le sujet, cette perte de sens étant liée à un moment où le sujet se voit dénué de toute signification pour autrui. Sans amarres, il ne peut maintenir sa place sur la scène vitale.

VU
STRASBOURG, le 23 janvier 1968
LE PRESIDENT DE THESE
Signé : Th. KAMMERER

VU ET APPROUVE
STRASBOURG, le 24 janvier 1968
POUR LE DOYEN DE LA FACULTE DE MEDECINE
L'ASSESSEUR
Signé : J. CALLOT

B I B L I O G R A P H I E

ALAJOUANINE Th. et Coll. : La douleur et les douleurs. Masson, 8, Paris, (1957), p. 337.

AULAGNIER P. et LEFEVRE - PONTALIS : Réflexions sur l'action et l'agir dans leur relation au transfert analytique. Société Française de Psychanalyse (1943), p. 47.

BAUER J.P. : Aspects psychopathologiques des cures à la Thioprcpérazine. Thèse Strasbourg (1963), p. 302.

BENOIT J.C. : Suicide, tentatives et conduites suicidaires. Etudes statistiques - psychologiques et prophylactiques récentes. Presse Médicale, 74,25, (Mai 1966), p. 1333 à 1338.

BESSIERE R. et FUSSWERK J. : L'hypno-analyse dans les états schizophréniques et l'automatisme mental. Masson, Paris (1880), p. 251.

CAMUS A. : Le Mythe de Sisyphe. Essais sur l'absurde. Imprimerie Nationale. Oeuvres complètes, Sauret III (1962), p. 17 - 123.

P. M. : Presse Médicale

P. U. F. : Presse Universitaire de France

R. F. P. : Revue Française de Psychanalyse.

COIRAULT R. : Agression et Réanimation en Neuro-Psychiatrie. Masson, Paris (1960) p. 373.

DESHAIES G. : Psychologie du Suicide. P. U. F. Paris (1947) p. 374.

DESHAIES G. : Le Réveil des Anesthésiés. Annales Médico-psychologiques. XV, 2, (1938) p. 519 - 544.

DORNER - PASCAL C. : Observations post-électrochocs des Psychoses délirantes aigues. Etude psychopathologique. Thèse Strasbourg (1961) p. 387.

DRIEU LA ROCHELLE P. : Le Feu Follet. Le Livre de Poche, Paris (1967) p. 191.

DURKHEIM E. : Le Suicide - Etude de Sociologie. Alcan (1897).

EBTINGER R. : Aspects Psychopathologiques du Post-électrochoc. Thèse Strasbourg (1958). p. 429.

EY H. : Le Suicide Pathologique. Etudes Psychiatriques II, 14, Desclée de Brouwer. Paris (1950) p. 341 - 378.

EY H. : A propos de l'Hypno-Analyse de R. BESSIERE et J. FUSSWERK. Réflexions sur la recherche chimique de la vérité. Evolution Psychiatrique (1951) p. 153 - 160.

EY H. : La Dissolution Hypnique - Structure de la Pensée du Sommeil. Etudes Psychiatriques I, 8, 1, Desclée de Brouwer. Paris (1950) p. 189 - 217.

FAU R. - CHATEAU R. et MACHU M. : Le suicide chez l'adolescent à propos de 23 observations médicopsychologiques. Annales Médico-Psychologiques I, 1, Paris (Janvier 1965) p. 1 - 20.

FAURE H. : Cure de sommeil collective et psychothérapie de groupe. Préface de H. EY. Masson. Paris (1958), p. 271.

FREUD S. : Die Traumdeutung. GW (1942), 2-3, p. 642.
La Science des rêves. Club Français du Livre (1963) p. 347. Traduit par I. MEYERSON.

FREUD S. : Zur Psychopathologie des Alltagslebens. GW (1941), 4, p. 322.
Psychopathologie de la vie quotidienne. Payot (1963), p. 321. Traduit par le Dr. YANKELEVITCH S.

FREUD S. : Bruchstück einer Hysterie Analyse. GW (1942), 5, p. 163 - 286.
Cinq psychanalyses. Fragment d'une analyse d'hystérie (Dora). P. U. F. (1954), p. 1 - 91. Traduit par Marie BONAPARTE et R. LOEWENSTEIN, Traduction révisée par Anne BERMANN.

FREUD S. : Analyse der Phobie eines Fünfjährigen Knaben. GW (1941), 7, p. 243 - 377.
Cinq Psychanalyses. Analyse d'une phobie chez un petit garçon de 5 ans. (Le petit Hans). P. U. F. (1954). p. 93 - 198. Traduit par Marie BONAPARTE.

FREUD S. : Trauer und Melancolie. GW (1946), 10, p. 428 - 446. Métapsychologie. Deuil et Mélancolie. N. R. F. (1952), p. 189 - 222. Traduit par Marie BONAPARTE et Anne BERMANN.

FREUD S. : Das Ich und das Es. GW (1940), 13, p. 237 - 288. Essais de Psychanalyse. Le moi et le ça. Payot (1963) p. 177 - 234. Traduction du Dr. S. JANKELEVITCH, revue et mise au point par le Dr. A. HESNARD.

FREUD S. : Hemmung - Symptom und Angst. GW (1948), 14, p. 113 - 205. Inhibitions - Symptôme - Angoisse. P. U. F. (1965) p. 102. Traduit par Michel TORT.

FREUD S. : Uber die Psychogenese eines Falles von Weiblicher Homosexualität. GW, 12, 1917-1920, p. 271-302. Psychogenèse d'un cas d'homosexualité féminine. R. F. P. VI, 2, (1933) p. 130 - 154. Traduit par H. HOESLI.

FRIEDMANN P. : Sur le Suicide. R. F. P. VIII, 1, (1935), p. 106 - 148.

GRAULICH M.R. : Le suicide, maladie de la civilisation Scalpel 118 (Août 1965), p. 719 - 726.

GILLIBERT J. : Deuil - Mort - Même. R. F. P. XXXI, 1, (1967) p. 143 - 171.

GOETHE W. : Faust. Hathier. Paris (1963) p. 79. Traduit par Gérard de Nerval.

GREER S. - GUNN J.C. - KOLLER K.M. : Aetiological factors in attempted Suicide. British Medical Journal. 2, (1966), p. 1352 - 1355.

GREER S. - GUNN J.C. : Attempted Suicide from intact and broken parental homes. British Medical Journal 2, (1966), p. 1355 - 1361.

ISRAEL L. - CAHN R. : Psychopathologie de l'Adolescence. Un suicide d'adolescent. Cahier de Psychiatrie 12, (1957), p. 84 - 95.

ISRAEL L. - DOREY R. : Une névrose traumatique aiguë. Traitement psychothérapique. Cahier de Psychiatrie, 14 (1960), p. 77 - 89.

JANKELEVITCH V. : La mort. Flammarion, Paris (1966). p. 426.

JUSTIN BESANCON L. - PEQUIGNOT H. et PAILLERET (de) F. : Les tentatives de suicide. Semaine des Hôpitaux. (Mars 1961). p. 846 - 853.

KAMMERER Th. - SINGER L. - GURFEIN L. et WYSOKI V. : Application d'une nouvelle méthode d'analyse mathématique à l'étude des tentatives de suicide. Annales Médico-Psychologiques II, 2, (1967), p. 296 - 302.

LAGACHE D. : Le travail du Deuil. Ethnologie et Psychanalyse. R. F. P. X, 4, (1938). p. 693 - 708.

LAPLANCHE J. et PONTALIS J.P. : Vocabulaire de la Psychanalyse P. U. F. (1967) p. 520.

LAUNAY C. et COL C. : Suicide et tentative de suicide chez l'enfant et l'adolescent. Revue du Praticien XIV, 6, (Février 1964) p. 619 - 626.

LAURIERS (de) A. : Le risque de suicide chez les déprimés. Revue du Praticien XIII, 25 (Octobre 1963) p. 3055 - 3060.

LE MOAL P. : Suicide - Chantage au suicide chez l'enfant et l'adolescent. Thèse Paris (1944).

LEMPERIERE T. - LAURIERS (de) A. : Le risque de suicide dans les psychoses. Revue du Praticien XII, 31, (1962), p. 3253 - 3261.

LEVI-STRAUSS C. : Les structures élémentaires de la parenté. 2° Ed. Mouton et Couaut. Hollande (1967), p. 589.

LIEBEAULT A.- A. : Du sommeil et des états analogues considérés surtout au point de vue de l'action du moral sur le physique. Masson. Paris (1966) p. 535.

MATHIS P. : De la pulsion de mort dans son rapport au désir de la mère. Recherche : L'Enfance Aliénée. Paris (1967) p. 67 - 77.

MERLOO J. AM. : Suicide and Mass Suicide.
Le suicide : DESSART Ch. Bruxelles (1966), p. 214.
Traduit par le Dr. GRAULICH R.

MOREL - MAROGER A. : Suicide et Dépression. Vie Médicale, 47, (Juillet 1966), p. 1029 - 1035.

MOUREN P. : La tentative de suicide. Marseille Médicale, 6, (1961), p. 595 - 606.

OSWALD I. : Le sommeil et la veille. P. U. F. Paris (1966), p. 261

PEQUIGNOT H. et PAILLERET (de) F. : 328 tentatives de suicide observées dans un service de Médecine Générale. Semaine des Hôpitaux. Paris (1965), p. 2962 - 2970.

QUARTI C. et RENAUD J. : Le problème du suicidant tel qu'il se pose dans un hôpital non spécialisé. Agressologie VII, 6, (Septembre 1966).

RAYMONDIS L.M. - SCHEKTMAN S. - MORON P. et GAYRAL L. : Une enquête psychosociale sur la tentative de suicide et son exploitation statistique. Annales Médico-Psychologiques I, 4 Paris (1965), p. 563 - 608.

RAYMONDIS I. - SCHEKTMAN S. et Coll. : Etude de 98 tentatives de suicide. Annales Médico-Légales, 45, (1965), p. 60 - 67).

RITTER M. : Vécu et psychodynamique des cures à l'Imipramine dans les psychoses mélancoliques. Cahier de Psychiatrie 18-19, (1967), p. 127 - 158.

SAULNIER J. : La tentative de suicide, sa prévention et sa post-cure. Revue du Praticien XV, 30, (1965), p. 3959 - 3968.

SCHNEIDER P.B. : La tentative de suicide - Etude statistique, clinique, psychologique et catamnestique. Delachaux et Niestlé S. A. Suisse (1954), p. 291.

SICHEL J.P. : Délire, paranoïa et suicide chez l'enfant. Recherche : L'Enfance Aliénée. Paris (1967), p. 119 - 126.

SINGER L. : Les tentatives de suicide - Etude statistique et clinique. Strasbourg-Médical, 14 (1963), p. 965 - 970.

STERN E. : La psychologie de la mort. Folia Psychiatrica-Neurologica et Neuro-Chirurgica Néerlandien - Amsterdam 3, 4, (1949), p. 227 - 246.

THIBAULT Ph. : Les conduites suicidaires des mineurs de 13 à 21 ans. Lyon-Médical, 28 (1965) p. 35 - 40.

TOLSTOI L. : Anna Karénine. Rencontre. Lausanne II (1968) p. 511.

VIE MEDICALE (la) : Le suicide. 48 (Mai 1967) p. 98.

TABLE DES MATIERES

Introduction	p. 1
Les théories sur le suicide	p. 3
L'entretien	p. 10
La réanimation médicale	p. 11
Première intervention du psychiatre	p. 18
Etude clinique : les observations	p. 23
La synthèse des observations	p. 97
Approche psychanalytique	p. 118
Conclusions	p. 121
Bibliographie	p. 124